FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — THÈSE — N° 104

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Décembre 1904, à 1 heure

PAR

G. BOSC

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

LES Intoxications Médicamenteuses chez l'Enfant

Président : M. DE LAPERSONNE, *professeur.*

Juges : MM. DIEULAFOY, *professeur*
HUTINEL, *professeur*
RENON, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat)
BROCA (André)	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À MON PÈRE

En témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté
de médecine.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
ALBERT ROBIN, 1898 ;

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, 1899.

Internat :

MONSIEUR LE DOCTEUR MUSELIER

M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE
Hôtel-Dieu, 1900.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BONNAIRE
Maternité de Lariboisière, 1902.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JALAGUIER
Hospice des Enfants Assistés, 1903.

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINON
Hôpital Trousseau, 1904.

A MESSIEURS
DALCHÉ, ENRIQUEZ, DEMELIN, LAUNAY

Les Intoxications Médicamenteuses chez l'Enfant.

CHAPITRE I

Fréquence des intoxications médicamenteuses chez l'enfant.

Les transformations si profondes survenues dans la pathologie générale au cours des vingt dernières années, ont amené une évolution parallèle de la thérapeutique moderne. Du jour où la spécificité de chaque maladie a été définitivement acceptée, tous les procédés de la clinique et du laboratoire ont été mis en œuvre pour découvrir d'abord la cause de chacune d'elles, afin de découvrir ensuite un traitement étroitement subordonné à cette cause. L'histoire de la diphtérie en est l'exemple le plus frappant, et nous y voyons cet enchaînement admirable qui de la découverte du bacille de Klebs- Lœf-

fler a conduit à celle de l'antitoxine et du sérum, et qui à des traitements multiples et d'une utilité douteuse, a substitué une thérapeutique simple, unique et réellement efficace.

Nulle part peut-être plus qu'en médecine infantile, ne se manifeste cette tendance à la simplification du traitement médicamenteux. Nous venons de parler de la diphtérie : l'époque n'est pas éloignée où chaque praticien avait des idées personnelles sur la thérapeutique de cette affection, personnalité qui se traduisait rapidement par des traitements énergiques, et plus ou moins barbares. Les badigeonnages, les cautérisations, qui n'avaient pour effet que d'augmenter l'absorption de la toxine, ne semblaient jamais suffisants, et à la veille de la découverte de Roux, ne préconisait-on pas une nouvelle méthode, les badigeonnages de la gorge au pétrole (1)? De

1. Voici un cas d'intoxication consécutive à l'emploi de ce procédé. « Au début d'une angine diphtéritique, le traitement par le pétrole est immédiatement appliqué. Badigeonnage toutes les trois heures pendant le jour, toutes les 4 heures pendant la nuit. Lavages avec deux litres d'eau boriquée chaude, toutes les heures. Le traitement est très exactement appliqué : il demande 30 à 45 minutes à chaque fois. On fait 5 ou 6 applications sur chaque côté du pharynx avec un petit tampon d'ouate hydrophile imbibée de pétrole, et exprimée sur les parois du vase. Parfois le tampon était trop imbibé de pétrole, quelques gouttes fusaient vers le larynx, et amenaient des accès de toux pénibles s'accompagnant de douleurs frontales et occipitales qui arrachaient des cris au malade : c'est le seul incident que nous ayons à signaler.

Le quatrième jour, dans le cours d'un badigeonnage qui avait été assez mal supporté, au pétrole, nous avons substi-

tout cet arsenal thérapeutique, de tous ces procédés, que reste-t-il aujourd'hui ? Une injection sous-cutanée de quelques centimètres cubes de sérum et des lavages de gorge à l'eau bouillie.

Prenons l'affection qui résume en grande partie de la pathologie du nourrisson, la gastro-entérite. A quoi ont abouti les multiples recherches faites sur cette question, les innombrables traitements qui ont été préconisés tour à tour ? A 24 heures de diète hydrique, suivies d'une reprise graduelle et raisonnée de l'alimentation. Il serait facile de multiplier ces exemples, de montrer le rhumatisme articulaire aigu jugulé par le salicylate de soude, les différentes stomatites si rapidement améliorées par l'emploi du seul chlorate de potasse.

tué, sans rien dire, le liquide de Gaucher ; la douleur a été très pénible ; le malade a sursauté sur son siége, et s'est refusé à une nouvelle application.

Le cinquième jour, nous avons fait précéder le pétrole d'un badigeonnage léger avec une solution de cocaïne au 20e. Le résultat a été très heureux, nous avons pu faire les applications avec plus d'énergie.

Le sixième jour, les ganglions ont manifestement diminué de volume. Le facies est meilleur. Le malade a dormi. Il a encore 39°.

Le huitième jour, la température monte à 39°. Apparition d'une éruption généralisée à toute la surface cutanée, y compris la face. C'est une éruption érythémateuse, un peu papuleuse, ressemblant à la rougeole, mais sous catarrhe oculaire, nasal, pulmonaire ou intestinal, et s'accompagnent de prurit. (Brunon. Le pétrole dans un cas de diphtérie grave. Eruption consécutive à son emploi. *Normandie médicale*, n° 15).

Même tendance à la simplification médicamenteuse dans les maladies, dont le remède spécifique nous est encore inconnu. Ne voyons-nous pas chaque jour une pneumonie infantile évoluer vers une guérison normale, sans autre secours que quelques enveloppements froids, une fièvre typhoïde se résoudra heureusement, après n'avoir emprunté à toute la pharmacopée que quelques centigrammes de quinine. Un autre exemple qui nous est fourni par une infirmité si commune dans l'enfance et qui, depuis Trousseau, semble avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique médicamenteuse : l'incontinence d'urine des enfants ; les observations publiées de divers côtés, les cas que nous-même avons pu suivre dans le service du Docteur Guinon, nous permettent d'affirmer — encore qu'il s'agisse là d'un traitement tout récent — que l'injection de quelques centimètres cubes de sérum artificiel, suivant la méthode épidurale de Cathelin, donne des résultats très supérieurs à l'emploi des médicaments.

Il n'est pas jusqu'aux pansements eux-mêmes qui n'aient bénéficié de ces tendances nouvelles : le temps n'est pas éloigné non plus où toute plaie était largement irriguée à l'acide phénique, et copieusement saupoudrée de salol ou d'iodoforme. Mais on s'est aperçu assez vite des dangers tout spéciaux que présentent ces produits chez l'enfant, sans pour cela donner des résultats supérieurs à l'application de la méthode purement aseptique. Et aujourd'hui un enfant opéré ou blessé voit sa plaie se cicatriser

aussi rapidement sous des compresses stérilisées, sans incommoder tout l'entourage par des odeurs d'iodoforme ou d'acide phénique, et sans être exposé à des intoxications souvent redoutables. Même progrès encore dans la cure des tuberculoses locales : que de grattages, de curettages, de cautérisations à l'acide phénique, au chlorure de zinc, de pansements à la gaze iodoformée, etc., qui sont évités ou remplacés aujourd'hui par un séjour de quelques mois au bord de la mer.

Ces quelques exemples, pris au hasard dans les différentes affections de l'enfance, nous suffisent pour démontrer l'orientation de la médecine à l'heure actuelle : employer le traitement pathogénique, spécifique — lorsqu'il existe — et pour les maladies, où ce traitement fait défaut, se contenter de procédés simples et hygiéniques, et que les enveloppements humides, l'hydrothérapie froide ou tiède, suffisent à réaliser presque entièrement en thérapeutique infantile.

Mais ces idées sont-elles entrées dans le domaine pratique, et semblent-elles acceptées facilement par le médecin et par le public ? Il suffit de voir la riche médication dont l'enfant est entouré dès sa naissance par l'aveugle affection de ses parents pour se convaincre du contraire. Que de sirops de dentition, de sirops de croissance, de reconstituants et de toniques, ne doit-il pas absorber alors qu'il est en parfaite santé ? Et à la moindre menace de maladie, le nombre des potions augmente encore.

Fort heureusement pour lui l'enfant présente à l'égard des médicaments une tolérance et une accoutumance vraiment spéciales, et qui ont frappé depuis longtemps tous les praticiens. Cette question de la résistance parfois stupéfiante des enfants envers les médicaments a été étudiée longuement au Congrès de Lille en 1899. L'un des rapporteurs, M. Ausset a cité des cas où il a donné jusqu'à 8 gouttes de laudanum par 24 heures à un enfant de trois mois (1),

1. Dans un travail paru dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* (décembre 1899). M. le Dr Borde a étudié « la tolérance remarquable de l'enfant en bas-âge pour les opiacés.

Depuis sept ans, l'auteur utilise l'opium à doses considérables, 1 gramme de sirop de morphine par mois d'âge, contre les diarrhées aiguës et la toux, dans le jeune âge. S'appuyant sur 64 observations, il affirme que les enfants de un à vingt-cinq mois supportent facilement l'opium et la morphine : ils les supporteraient mieux que l'adulte. Il prescrit dans une potion de 100 centimètres cubes, la quantité jugée nécessaire. Cette potion contient 24 cuillerées à café : une toutes les demi-heures, si l'état est grave; toutes les deux heures, s'il s'améliore. On laisse dormir l'enfant si le sommeil se produit. La potion est prise au réveil. Si l'enfant ne dort pas, les 24 cuillerées seront données dans les 24 heures.

Pas de signes d'intoxication : coma, myosis, anurie, anorexie, respiration irrégulière, rougeur du visage, convulsions, etc... Soit un enfant ayant de la diarrhée fétide, si l'on donne l'opium à fortes doses, en le frictionnant, les coliques disparaîtront, la gaieté, l'appétit, les urines, le calme reviendront. L'auteur a utilisé quatre préparations : 1° le sirop diacode, qu'il trouve trop faible ; 2° le laudanum qui s'altère ; 3° le sirop thébaïque ; 4° le sirop de morphine qu'il préfère aux autres. Il déclare n'avoir pas perdu d'enfant atteint d'entérite aiguë soigné par les opiacés. L'entérite chronique n'est pas justiciable de l'opium.

8 grammes d'antipyrine chez de jeunes enfants atteints de chorée. Le second rapporteur, M. Simon, a cité des cas d'accoutumance à la morphine, et rappelé les cas de Winckel, Féré, Lecerf, qui ont observé des enfants nouveau-nés souffrant de la suppression de la morphine — simplement parce que leur mère était morphinomane, — et il a cité les observations plus anciennes de Trousseau, de Sanné sur la tolérance des enfants à l'égard de la belladone, la quinine, les vomitifs, le chloroforme, l'arsenic.

La résistance des enfants à des intoxications accidentelles par absorption de médicaments, destinés à des adultes, est également bien connue. Collinet a rapporté dans la *Revue médicale de la Suisse Romande* (1896), un empoisonnement par 10 à 12 grammes de sulfate d'atropine à 1 pour 200, chez une fillette de 12 ans, ce qui représente cinq à six centigrammes du médicament, et d'autres cas de guérison ont été cités par Monteverdi, Selo, etc..., malgré la dose colossale absorbée. Tous les périodiques médicaux sont remplis de faits analogues.

M. Ausset, d'accord en cela avec la majorité des auteurs qui se sont occupés de la question, attribue cette défense spontanée de l'enfant envers les intoxications médicamenteuses à l'intégrité de ses organes, en particulier du rein et du foie. Cette défense spéciale de l'organisme jeune est indéniable, puisqu'on sait aujourd'hui, par tant d'expériences physiologiques et d'observations pathologiques, que l'intégrité des organes d'excrétion est une condition capitale du

succès dans la lutte contre la maladie. Mais en est-il toujours ainsi? Non certes, et la liste des observations que nous publions plus loin en témoigne avec évidence.

Nous tenons d'ailleurs à faire remarquer dès maintenant combien cette liste est forcément incomplète, et comme elle ne peut donner qu'une idée très imparfaite de la fréquence de ces intoxications. La plupart de nos observations, en effet, sont dues à des professeurs de faculté, à des médecins ou chirurgiens d'hôpitaux, et cela s'explique par ce fait qu'un praticien, à qui de semblables accidents arrivent, se soucie peu, alors même que sa responsabilité n'est en rien engagée, de porter ces cas malheureux à la connaissance du public. Ce sont donc le plus souvent, des médecins d'enfants, à qui une longue pratique a donné la réputation et les succès officiels, qui se font un devoir de publier ces faits pour mettre en garde leurs confrères. Et encore, combien de ces observations ne sont pas publiées, et ne servent qu'à l'entourage restreint, qui a été le témoin des accidents. Tout étudiant ayant fait un stage dans un service de médecine infantile, a appris à connaître la fréquence des éruptions médicamenteuses et les dangers de certains médicaments. Pour n'en citer qu'un exemple, le danger des fortes doses de quinine chez l'enfant en bas-âge est bien connu aujourd'hui ; nous n'avons pu cependant en relater un seul cas. Nous nous rappelons nous-même avoir vu, à la consultation de M. le professeur de Lapersonne, un cas de tremble-

ment mercuriel chez un enfant, qui avait subi une série de frictions à l'onguent napolitain : l'observation n'a pas été publiée.

Il est indéniable qu'un grand nombre de ces accidents sont laissés dans l'oubli, et que la quantité des cas publiés ne répond nullement à la réalité des faits. Nous croyons donc pouvoir conclure, d'après cet exposé, que malgré la tolérance remarquable de l'enfant envers les médicaments, les intoxications d'origine thérapeutique sont fréquentes chez lui ; nous esayerons dans un second chapitre d'étudier les causes de ces intoxications.

CHAPITRE II

Différentes causes des intoxications médicamenteuses chez l'enfant.

Nous croyons pouvoir démontrer aisément que la plupart de ces intoxications sont dues, d'une part, à la façon de prescrire les médicaments, d'autre part aux médicaments eux-mêmes, et aux réactions individuelles de l'enfant à leur égard.

Dans le premier ordre d'idées-nous signalerons tout d'abord l'entraînement inévitable à médicamenter l'enfant, que le médecin subit de la part de la famille. Les idées médicales modernes sont encore trop peu répandues dans le public, et ce dernier ne conçoit pas encore une maladie pouvant évoluer sous un important cortège pharmaceutique ; toute consultation médicale doit se traduire par une ordonnance. Tenons compte également de l'impatience et de l'inquiétude de parents voyant leur enfant malade : ils se soucient médiocrement de savoir qu'une pneumonie va exiger neuf jours, une fièvre typhoïde trois semaines : dans leur affection bien légitime ils ne demandent

qu'une chose c'est que leur enfant soit guéri le plus tôt possible, et ils réclament impatiemment une potion qui soit le premier gage de cette guérison. Le médecin, lui-même, poursuivi souvent par la crainte que s'il se retire sans avoir prescrit un médicament, son savoir sera suspect, se laisse aller à formuler volontiers. Il sait qu'il faut calmer cette impatience des parents, qu'il faut tromper leur attente inquiète, par un traitement méticuleux, et qui absorbe souvent toutes les heures de la journée, et ainsi peu à peu se prend l'habitude des longues ordonnances, et des traitements médicamenteux appliqués à des affections très bénignes.

Mais ces prescriptions elles-mêmes comment seront-elles formulées ? La plupart des manuels de thérapeutique, auxquels le praticien aura recours, se contentent d'indiquer des doses (1) suivant des formules réduites de l'adulte, et d'après des tables mathématiques, dont la plus usuelle est celle de Gaubius. Mais l'enfant n'est pas une simple réduc-

1. Encore même ces doses sont-elles extrêmement variables, parfois suivant chaque formulaire. Ainsi à propos d'un cas d'intoxication par la résorcine, que nous publions plus loin, Brudzinski signale les différences suivantes, qu'il a relevées dans les prescriptions de quatre médecins d'enfants.

Escherich ordonne :

Résorcine, 2 grammes. Huile de ricin, 100 grammes, une cuillerée à café toutes les deux heures.

Bazinsky ordonne pour les enfants jusqu'à l'âge de un an, cinq centigrammes. Seifert prescrit jusqu'à un an, 2 centigrammes ; de un à cinq ans, 40 centigrammes. Soltmann donne cinquante centigrammes dans la première enfance.

tion mathématique de l'adulte. Il a des réactions spéciales, dont il faut tenir compte : avec les mêmes organes que l'adulte, il présente des processus physiologiques différents de nature et d'intensité. Tous les traités de physiologie insistent sur les modifications de ses sécrétions stomacales, intestinales, pancréatiques, etc., sur les particularités de son système circulatoire, dont la plus intéressante est la rapidité du pouls, sur l'activité si spéciale chez lui de tout le système lymphatique, sur la finesse de la peau qui en fait un organe d'absorption dangereux dans l'emploi des médications externes, etc..., etc... N'a-t-il pas d'ailleurs une façon spéciale de réagir aux infections, et n'a-t-il pas toute une pathologie différente de l'adulte. Ainsi la douleur, qui revêt chez ce dernier une telle fréquence et une telle intensité sous toutes les formes de névralgie, n'existe qu'à un bien moindre degré chez l'enfant. Par contre, l'élément spasme, qu'il s'agisse de laryngite striduleuse, de diphtérie, d'adénopathie trachéo-bronchique, de convulsions, a une telle importance qu'il est souvent le symptôme dominant de ces différentes affections, et celui qui inquiète le plus le médecin.

Si nous entrons, dans plus de détails, nous tenons la preuve évidente de cette pathologie spéciale : ainsi les deux premières années de la vie sont dominées par les infections gastro-intestinales, et les complications broncho-pulmonaires. Plus tard, de deux à dix ans, ce sont les formes localisées de la tuberculose (péritonite tuberculeuse, adénopathie trachéo-bronchique,

méningite tuberculeuse), certaines névroses, comme la chorée, puis les fièvres éruptives, la diphtérie, et une affection qui a acquis une importance capitale dans la pathologie infantile: les infections du naso-pharynx consécutives le plus souvent à des végétations adénoïdes.

A une pathologie aussi individualisée, il faut donc une thérapeutique spéciale. Et le traitement de la plupart des affections de l'enfance demande à être administré suivant certaines règles très précises: à quel résultat arrivera le praticien qui s'acharnera à combattre une diarrhée du nourrisson par des prescriptions de bismuth, de ratanhia, d'élixir parégorique? Alors que quelques heures de diète hydrique suivie d'une légère désinfection au calomel suffisent dans la majorité de cas. Prenons le traitement actuel de la chorée, soit par l'arsenic, soit par l'antipyrine; le même résultat sera obtenu dans le premier cas par l'usage de doses très diluées et dont l'absorption sera espacée sur toute une journée. Dans le second cas par l'emploi de doses fortes et prises en une ou deux fois. Il y a donc là des règles très particulières et dont la connaissance n'est pas indifférente.

La façon de prescrire est elle-même fort importante, et elle comporte des détails, que la pratique seule peut apprendre, et qui sont souvent d'un intérêt capital. Tel est le bromoforme, médicament très utile dans certaines coqueluches graves, mais qui mal administré peut devenir la cause d'intoxications fort graves. Ces règles ont été bien formulées

par M. Marfan (1), et tous les auteurs sont d'accord aujourd'hui pour reconnaître qu'il ne doit être administré que par gouttes, et par doses quotidiennes; tous les accidents attribuables à ce médicament sont dus à ce qu'il avait été administré en potion aqueuse; or, le bromoforme, plus lourd que l'eau, tombant au fond de la bouteille, il en résulte que la dernière cuillerée contient des doses formidables. Un autre détail relatif aux pansements: en raison de la finesse de la peau chez les enfants, tous les dermatologistes recommandent, lorsqu'on est obligé d'employer chez eux une substance active, de ne jamais l'employer pure, mais de l'associer à des excipients inoffensifs. Aussi M. Hallopeau, à la suite de plusieurs cas d'intoxications par le baume du Pérou, employé dans le traitement de la gale chez les enfants, conseille de ne le prescrire que mélangé à de l'huile d'amandes douces, et même de s'en abstenir complétement lorsqu'il existe de grandes excoriations de la peau.

Si nous abordons maintenant le second ordre de faits signalé au début de ce chapitre, nous verrons que les médicaments (2) même prescrits à des doses usuelles

1. Marfan. Le Bromoforme dans la coqueluche. *Revue des maladies de l'enfance*, 1896.

2. Il faut tenir compte également dans cette question de la différence d'origine des médicaments qui peut modifier considérablement leurs propriétés thérapeutiques. Le fait est bien connu pour l'aconit, la digitale, et surtout les différentes digitalines. A la suite de la communication de M. Hallopeau signalée plus haut, M. Lafay fit remarquer à la Société de Dermatologie, qu'en pratique les baumes du Pérou qu'on livre dans le

et modérées, peuvent agir d'une façon fort différente suivant les individus.

Admirablement supportés par les uns, ils déterminent chez d'autres des accidents plus ou moins graves. L'histoire thérapeutique de ces dernières années est très instructive à cet égard. Tel médicament, réputé tout d'abord inoffensif, détermine, à un moment donné, une intoxication plus ou moins alarmante. Aussi le salol, qui fut au début proclamé non toxique (1), enregistra ensuite à son actif quelques accidents que nous rapportons parmi nos observations. Des cas isolés, et dont on ne retrouve plus d'exemple par la suite peuvent de même s'observer (2). Mais l'exemple le plus frappant nous en est fourni par l'histoire du naphtol camphré, qui a été rapportée

commerce sont loin d'être identiques, ils sont souvent falsifiés et leur prix de revient est si variable que certainement leur composition doit être dissemblable.

De même à la suite de la communication de M. Comby, sur les intoxications arsenicales à la Société des hôpitaux, M. Catrin faisait remarquer qu'il faut tenir compte de la façon dont on prépare aujourd'hui la liqueur de Boudin. Autrefois on n'employait que de l'eau, aujourd'hui, pour mieux dissoudre, les pharmaciens ajoutent, paraît-il, de l'acide chlorhydrique ; les solutions doivent être dans ces conditions plus fortes et plus actives.

1. Perrier et Patein. *Revue de chirurgie*, 1882.

2. Ainsi ce cas d'éruption généralisée chez un enfant après anesthésie générale au chlorure d'éthyle, publié par Lannois (*Lyon médical*, 1900).

tout au long par M. Guinard sa dans communication à la Société de Chirurgie (1).

Ce médicament, à la suite de la thèse de Reboul (Paris 1890), fut proclamé d'une innocuité absolue, et dans la séance qui suivit la communication de M. Guinard, l'auteur de cette thèse put affirmer que, sur des centaines de cas, il n'avait eu aucun accident. Récemment encore, au Congrès de chirurgie de 1901, M. Broca disait à propos du traitement des adénites tuberculeuses : « lorsque les injections interstitielles sont indiquées, on peut employer, soit l'éther iodoformé, soit le naphtol camphré : ces injections sont faites à la seringue de Pravaz, au centre du ganglion. Ni l'éther, ni l'iodoforme n'ont été toxiques dans ces petites cavités. On peut en dire à peu près autant du naphtol camphré, malgré deux observations de Gérard-Marchand et de Ch. Monod, où les symptômes ne furent d'ailleurs pas graves. » Cependant, dès 1893, MM. Calot et Ménard avaient rapporté d'autres cas d'intoxication, et dans sa communication, M. Guinard put en réunir un total de vingt, dont six mortels. Il dit d'ailleurs fort expressément : « Pour ma part, depuis bien des années, j'ai usé copieusement de ce médicament, j'en ai injecté dans des trajets fistuleux, dans des poches suppurées, dans des ganglions tuberculeux non ramollis : j'en ai versé à profusion dans des foyers tuberculeux que je venais de cureter, et jamais, dans aucune circons-

1. Séance du 11 mai 1904.

tance, je n'ai observé le plus petit incident, je ne dis même pas accident, jusqu'au jour où j'ai vu succomber sous mes yeux mon malade. » Et passant en revue la cause possible de ces accidents, incriminant tour à tour la qualité du liquide, la dose, le mode d'emploi, l'âge, il ne peut arriver à en tirer aucune conclusion pratique, autre que l'abandon pur et simple du naphtol camphré en thérapeutique.

Il faut alors en arriver dans ces cas à ce qu'on appelle l'idiosyncrasie (1) : Tel enfant réagissant d'une façon intense à un médicament sans que rien puisse le faire prévoir ou l'expliquer. Mais avouons plus simplement que ce mot ne sert qu'à dissimuler notre ignorance, et ne tirons pas d'autre conclusion de ces faits heureusement fort rares, qu'une nouvelle raison de se montrer très prudent dans le traitement médicamenteux de l'enfance.

De ce court exposé, nous voudrions déduire, en terminant, quelques réflexions pratiques. Et tout d'abord mettre le médecin en garde contre l'abus des prescriptions : la thérapeutique, comme l'a très

1. Des faits encore insuffisamment connus à l'heure actuelle éclaireront peut-être un jour la pathogénie de ces accidents. Ainsi A. Santucci, dans un article paru dans la *Semaine médicale*, étudie les rapports de cause à effet, qui existeraient, d'après lui, entre l'helminthiase intestinale et certains accidents de chloroformisation. Il cite deux accidents graves et une mort par chloroforme chez des enfants, qu'il attribue à la présence de vers dans l'intestin (A. Santucci. Chloroformisation et helminthiase intestinale. *Semaine médicale*, 4 déc. 1901).

justement dit M. Landouzy, n'est pas l'art de frapper sur les centres de la mémoire pour en faire jaillir une recette, et l'ordonnance doit toujours être précédée d'un examen très attentif de l'enfant. Un diagnostic exact est la première condition d'une bonne thérapeutique : et ceci n'est plus affaire de formulaire ni de recettes théoriques, mais le résultat d'une longue habitude. Il faut déjà connaître très soigneusement la pathologie infantile, pour attribuer à chaque symptôme l'importance qu'il mérite, et pour frapper juste par un traitement raisonné.

Il faut savoir également lutter contre l'impatience des parents, et apaiser leurs craintes, par une thérapeutique d'attente, sans se hâter de prescrire alors que le diagnostic, comme il arrive si souvent au début des affections infantiles, reste encore en suspens.

Mais alors même que le diagnostic exact est posé avec certitude, ce n'est pas une simple équation algébrique que le praticien est appelé à résoudre. Tel médicament ne correspond pas toujours forcément à telle maladie. La prescription doit être basée sur les indications du moment, et celles-ci diffèrent avec chaque cas. Un médecin est appelé auprès d'un enfant qui a été pris assez brusquement de fièvre ; est-ce une scarlatine qui commence, une pneumonie dont les signes physiques sont encore silencieux, ou une fièvre typhoïde dont les prodromes ont passé inaperçus? Il est difficile de se prononcer ; pourquoi alors vouloir combattre à tout prix cette fièvre dont on ignore la cause et forcer l'enfant à absorber quinine

et antipyrine, surtout quand on sait avec quelle facilité les enfants supportent généralement les élévations de température (1). Il y a dans toute maladie des symptômes naturels qu'il faut savoir respecter, et la fièvre qui marque le début des fièvres éruptives est de ceux-là.

De même l'étude attentive du malade, la remarque de tel ou tel symptôme, la nature de la cause, peuvent faire modifier le traitement suivant les cas. Ainsi une broncho-pneumonie liée à des infections gastro-intestinales demandera à être traitée un peu différemment d'une broncho-pneumonie simple.

Une autre tendance non moins fâcheuse, contre laquelle le praticien ne saurait trop se prémunir, est celle qui le porte parfois, en présence de plusieurs symptômes, à multiplier le nombre des médicaments : chaque symptôme a son médicament spécial, et on réunit tous ces produits pharmaceutiques dans une seule potion, suivant une formule magistrale. Le plus souvent heureusement ces prescriptions restent inoffensives, grâce à l'insignifiance des doses formulées, mais elles peuvent être très dangereuses par suite d'incompatibilités médicamenteuses, ou par la facilité qu'elles prêtent aux erreurs pharmaceuti-

1. Quintrie a relaté des observations d'enfants commençant une scarlatine par la violente réaction du début et chez qui l'administration intempestive de quinine et d'antipyrine amenèrent du délire et une urémie précoce.

ques (1). Tout d'abord il y a un grand nombre de cas où plusieurs symptômes relevant d'une même cause peuvent être efficacement influencés par un traite-

1. En voici un exemple rapporté par Brouardel dans *L'exercice de la médecine et le charlatanisme :*

Un enfant de 30 mois est soigné par un médecin pour une affection pulmonaire, qui semble être une coqueluche : à une première visite, le médecin ordonne la potion suivante :

Bicarbonate de soude	0 gr. 50
Bromure de potassium	1 gr.
Iodure de potassium	0 gr. 25
Salicylate de soude	0 gr. 60
Ecorces d'oranges amères	30 gr.
Eau de laitue	60 gr.

et pour le lendemain matin, un vomitif ainsi composé :

Tartre stibié	0 gr. 01 centigr.
Poudre d'ipéca	10 gr.
Sirop d'ipéca	20 gr.
Eau distillée	20 gr.

Il y eut une première intoxication, attribuable à ce fait que le pharmacien délivra dix centigrammes de tartre stibié au lieu d'un centigramme. Le lendemain matin, le médecin revit l'enfant, et prescrivit la potion :

Bromure de potassium	0 gr. 60
Iodure de sodium	0 gr. 25
Chlorhydrate d'ammoniaque	0 gr. 50
Teinture de digitale	IV gouttes
Salicylate de soude	0 gr. 25
Nitrate de potasse	0 gr. 25
Sirop d'écorces d'oranges amères	30 gr.
Eau de fleurs d'oranger	30 gr.

Cette fois le pharmacien lit chlorhydrate de morphine, au lieu de chlorhydrate d'ammoniaque, et donne 0 gr. 05 centigrammes du premier : l'enfant mourut. Le médecin fut condamné.

ment s'adressant à la cause elle-même : ainsi l'œdème, la dyspnée, la céphalée des asystoliques rénaux seront améliorés par l'usage de la seule théobromine. Mais alors même que ces symptômes sont dus à des causes différentes, il vaut encore mieux dissocier son traitement, et dans une infection intestinale compliquée de troubles pulmonaires, par exemple, désinfecter l'intestin d'abord, pour lutter plus énergiquement ensuite contre la complication pulmonaire, au lieu de recourir à une potion unique et plus ou moins compliquée.

Enfin le médecin n'oubliera jamais, en face d'un enfant nouveau, de tâter prudemment sa susceptibilité à l'égard des médicaments, et il trouvera pour se fixer à ce sujet des renseignements fort utiles dans l'examen du foie et surtout des reins ; c'est là une notion capitale pour l'administration de certains médicaments, l'antipyrine surtout, qui même chez l'enfant obstrue si facilement les voies d'excrétion. De même on sera bien plus sobre d'un traitement médicamenteux chez un typhique qui a de l'albuminurie, que chez un autre dont l'urine est normale.

Ces notions générales permettront au médecin de faire une thérapeutique utile et en tout cas, toujours inoffensive. Il doit s'habituer à considérer le médicament non comme le complément indispensable de sa consultation, mais comme un adjuvant souvent très précieux, mais qui manié imprudemment peut devenir l'origine de redoutables accidents. Essayer toujours la médication pathogénique ou spécifique

lorsqu'elle est possible, sérum de Roux pour la diphtérie, salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu, etc. Quant aux affections dont le traitement pathogénique nous échappe encore, dans l'incertitude où nous sommes d'agir utilement contre elles, on devra se rappeler que toute maladie a une tendance naturelle à la guérison, et que cette tendance naturelle ne demande a être soutenue, le plus souvent, que par quelques prescriptions simples et hygiéniques. Ainsi ces règles de bon sens éviteront à l'enfant ces intoxications, qui même les plus légères, ne sont jamais sans danger, elles lui épargneront le désagrément de présenter une paralysie arsénicale après avoir été guéri d'une chorée, d'échapper à une manifestation spécifique pour souffrir d'une stomatite mercurielle, etc.... d'avoir, en un mot, à guérir non seulement de sa maladie, mais encore de ses remèdes. Elles éviteront en même temps au médecin, le désagrément moral et le déboire professionnel d'ajouter une seconde affection à celle qu'il se proposait de combattre, et en quelque cas la tragique aventure d'un dénouement médico-légal.

Quant à formuler des règles plus précises, pour les doses, les formules, etc., il nous paraît impossible de le faire dans l'état actuel de la question. Chaque enfant réagit d'une façon tellement spéciale envers les médicaments que la posologie la plus timorée ne met pas toujours à l'abri de ces intoxications (1).

1. Nous n'avons pas cru devoir indiquer le traitement de ces différentes intoxications d'origine médicamenteuse : il ne diffère

Ce n'est qu'en réunissant de multiples observations qu'on parviendra sans doute un jour à pouvoir préciser ces règles de thérapeutique infantile : notre seule ambition est d'attirer l'attention sur cette question, dont l'importance pratique est considérable, et de fournir un jour, en réunissant les premiers matériaux de cette étude, la base d'un travail plus complet, et notre seul mérite sera, suivant le mot de Buffon « d'avoir rassemblé des faits pour donner des idées ».

Nos Observations.

Nous avons relevé 97 observations dans la littérature médicale de ces dix dernières années : les cas d'intoxications médicamenteuses antérieurs à cette période, sont aussi fréquents, mais en grand nombre concernant des préparations peu ou pas usitées aujourd'hui (émétique comme vomitif, pétrole dans la diphtérie, antiseptiques dans les pansements, etc...), il nous a semblé préférable de nous limiter à dix années, afin de donner une idée plus exacte de la fréquence et de la nature de ces accidents en 1904.

Il ne s'agit dans ces observations que de médicaments donnés à des enfants dans un but thérapeuti-

en rien du traitement des empoisonnements accidentels, et on trouvera ce dernier très complétement exposé dans un article de M. Comby sur les « Empoisonnements chez l'enfant ». *Médecine moderne*, 1895.

que et aux doses usuelles, et non d'empoisonnements accidentels : ces derniers sont très fréquents, et plus volontiers publiés dans les périodiques médicaux. Ce sont tantôt des solutions antiseptiques (sublimé, acide phénique, etc...), ou des potions à l'usage des parents ou bien dosées pour plusieurs jours, et qui sont absorbées en une seule fois par un enfant mal surveillé : tantôt des erreurs de médicaments ou de doses, provenant du médecin ou du pharmacien, et ayant le plus souvent un dénouement médico-légal (1).

1. En voici un exemple, que nous rapportons d'après les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (1899) :

Le Dr M... avait prescrit à deux frères de l'huile de foie de morue phosphorée, sans spécifier sur son ordonnance la quantité de phosphore. Dans sa pensée, l'huile devait être au dix-millième ; il l'avait prescrite antérieurement à ce titre à l'un des enfants, qui l'avait prise sans aucun inconvénient. Mais à l'insu du Dr M..., l'ordonnance fut portée chez un autre pharmacien, qui faute d'indication suffisante, se reporta au Codex : il n'y trouva pas l'huile de foie de morue phosphorée, mais seulement l'huile d'amandes douces au millième, et se guidant sur cette indication, il prépara de l'huile de foie de morue avec un gramme de phosphore par litre au millième. Les deux enfants prirent cette huile, et le plus jeune mourut bientôt en des circonstances telles qu'une instruction judiciaire eut lieu. D'après une première expertise : 1° le jeune F. P... serait mort empoisonné par le phosphore ; 2° et les accidents survenus dans la santé d'A. P. son frère à la suite d'ingestion d'huile de foie de morue, devraient être attribués à une quantité de phosphore en dissolution dans cette huile, dépassant la dose médicamenteuse. Une contre-expertise de MM. Brouardel et Vibert émit au contraire des doutes sur la cause de cette mort et de ces accidents. Malgré

De parti pris également nous avons omis de citer les observations innombrables d'éruptions médicamenteuses chez l'enfant : ces éruptions dues à l'antipyrine, aux iodures, au chloral, au mercure, etc..... et qui traduisent la sensibilité plus ou moins vive d'un malade envers un médicament, sont connues de tous, et sont d'ailleurs fort utiles à connaître en pratique, puisqu'elles sont souvent le premier signe de l'intoxication. Elles n'ont réellement d'intérêt que lorsqu'elles s'accompagnent d'autres symptômes d'empoisonnement : on en trouvera quelques faits parmi nos observations.

En résumé nous avons volontairement limité notre travail aux cas d'intoxication générale plus ou moins grave, survenus par l'usage de médicaments usuels et à des doses modérées : ce sont précisément les conditions normales où ces médicaments ont été donnés, qui nous ont paru intéressantes à signaler, parce qu'il s'en dégage une leçon de prudence

cela, le docteur M., acquitté, ainsi que le pharmacien, en première instance, fut condamné par la Cour d'appel de Caen, à 500 fr. d'amende et 3.000 fr. de dommages-intérêts, et le pharmacien à 400 fr. d'amende, et 2.000 fr. de dommages-intérêts. Un des principaux griefs imputés au docteur M... fut d'avoir délivré, contrairement au vœu de la loi, une ordonnance sans dosage, et sans indication d'un mode d'emploi, comme d'avoir laissé administrer aux enfants, sans en avoir vérifié le dosage, un médicament pour la composition duquel il n'avait donné aucune indication précise. Le pharmacien avait eu cependant la précaution d'inscrire le dosage sur l'étiquette des flacons ; aussi fut-il jugé avec moins de sévérité que le Dr M.

extrême dans l'application de la thérapeutique infantile.

ACÉTANILIDE

OBSERVATION I

Des dangers de l'usage externe de l'acétanilide chez les enfants (in *Médecine moderne, 1894*).

Dans ces derniers temps, l'acétanilide a été fréquemment employée, surtout en Amérique, dans le pansement des plaies et le traitement de certaines dermatoses, notamment de l'eczéma. Or, cette pratique n'est pas exempte d'inconvénients, surtout s'il s'agit d'enfants en bas âge, l'usage externe de l'acétanilide pouvant, chez ces derniers, en certaines circonstances, provoquer des phénomènes d'intoxication. C'est ainsi que M. le Docteur Richard C. Newton a observé, dans le service de M. le Dr Love, au Mountainside hopital, de Montclair, un cas ayant trait à une fillette de quatre ans, qui présentait au bras droit, une plaie assez étendue, consécutive à une brûlure. La plaie fut saupoudrée d'acétanilide (1 gramme à 2 gr., 50) et recouverte d'une compresse enduite de vaseline boriquée. Ce pansement était renouvelé tous les huit jours.

Après le premier pansement, il se produisit, chez la petite malade, des vomissements et un état d'affaiblissement, qui furent pris d'abord pour des symptômes d'embarras gastrique et traités en conséquence. Ces mêmes phénomènes se

manifestaient à la suite de chaque pansement, et allaient en augmentant d'intensité. Enfin, on vit survenir un collapsus grave, avec cyanose, dont on eut beaucoup de peine à tirer l'enfant.

On comprit alors qu'on avait affaire à une intoxication par l'acétanilide : on cessa l'usage de cette substance, et tout rentra dans l'ordre.

ALCOOL

OBSERVATION II

Dr Sainsbury, *in thèse Rodiet*, 1897.

Une fillette de trois ans et demi fut admise à l'hôpital, le 3 octobre 1892, pour une ascite.

Rien d'important quant aux antécédents héréditaires, sauf que la mère était phtisique.

La fillette s'était bien portée jusqu'à l'âge d'un an : alors, elle parut souffrante, et perdit son appétit. Le médecin qui l'examina conseilla de lui administrer de l'eau-de-vie chaque jour. Après quinze jours, il y eut du mieux, mais on continua l'emploi de l'eau-de-vie parce que l'enfant paraissait faible. Deux mois avant son entrée elle éprouva des douleurs sur la poitrine et le ventre : les veines du tronc se dilatèrent. A mesure que l'enfant maigrissait le ventre grossissait. Celui-ci avait 62 centimètres et demi de circonférence. La matité du foie s'étendait en haut jusqu'au mamelon, et se confondait en bas avec la matité de l'abdomen.

Après ponction, l'ascite diminua et la malade put être renvoyée chez elle (19 janvier 1893). Six mois après elle revint

mourir, dans le service, de méningite. L'autopsie révéla, outre les lésions de la méningite, un foie cirrhotique pesant 650 grammes et adhérent au diaphragme.

Chez cet enfant la cirrhose ne s'est développée que par un usage continu de l'alcool administré sur les conseils du médecin (1).

ANTIPYRINE

OBSERVATION III

Accidents graves dus à l'usage de l'antipyrine chez les enfants.

Société médicale des hôpitaux, 26 juin 1896. Extrait de la discussion qui a suivi la communication de M. Comby sur un cas de paralysie arsenicale.

M. D'Heilly. — Je n'ai jamais employé l'arsenic dans le traitement de la chorée qu'à faibles doses, et n'ai pu observer d'accidents analogues à celui que vient de nous relater M. Comby. Mais j'ai vu dans mon service des Enfants-Malades survenir une mort subite au cours d'une chorée moyenne traitée par l'antipyrine à faibles doses.

Il s'agissait d'un garçon de sept ans, atteint d'une chorée nerveuse peu intense, sans aucune localisation antérieure ou actuelle de rhumatisme articulaire ou cardiaque. L'antipy-

1. D'autres observations sont citées dans la thèse de Du Hamel (Paris, 1898). Il s'agit d'alcool donné dans un but thérapeutique au début d'une affection, et continué par ignorance ou bêtise des parents.

rine fut poussée graduellement de 3 à 4 grammes, dose peu élevée eu égard à l'âge du malade. Après quelques jours du taux maximum, apparut une éruption scarlatiniforme, due évidemment à l'antipyrine. Vers le troisième jour de l'exanthème, sans que rien fît prévoir le brusque dénouement, ce petit malade mourut subitement, dans une convulsion, si mes souvenirs sont exacts. L'autopsie ne put être faite. Je ne pense pas que l'antipyrine soit pour quelque chose dans cette mort inopinée. Je demande à M. Comby s'il a eu des accidents sérieux imputables à des doses plus ou moins élevées de ce médicament

M. Sevestre. — J'ai vu un accident grave, chez un enfant de cinq à six ans, à qui je donnais depuis plusieurs jours 3 et 4 grammes d'antipyrine par jour. Ne voyant pas diminuer les mouvements choréiques, je prescrivis 5 grammes. Le second jour, je trouvai l'enfant plongé dans un coma profond, violacé, le cœur très affaibli. Il ne sortit que le lendemain de cet état et guérit.

OBSERVATION IV

Purpura généralisé. Stomatite pemphygoïde hémorrhagique. Troubles trophiques des ongles consécutifs à l'ingestion d'un gramme d'antipyrine, par le Dr Ch. Leroux. *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 1897.

Germaine B... était atteinte depuis trois semaines d'une coqueluche de moyenne intensité, avec quintes classiques suivies de vomissements. L'enfant, depuis quelques jours, prenait 0 gr. 50 centigrammes d'antipyrine, avant le déjeuner et le dîner, sans le moindre inconvénient.

La coqueluche étant fort bénigne, sans accompagnement de bronchite, la fillette sortait chaque jour. Le mardi 23 mars, l'enfant ayant pris froid, se mit à tousser davantage, et dès le lendemain avait une poussée légère de bronchite fébrile. La température ayant monté à 38°5, le père administra de son chef, vers 7 heures du soir, *un gramme* d'antipyrine. A dix heures du soir gonflement de la face, apparition de rougeurs, quinte de toux violente et crachement de salive sanguinolente.

A minuit, j'examinai l'enfant : roséole boutonneuse, légèrement violacée, de la face, du dos des mains et des pieds ; salivation sanguinolente abondante, larges bulles pemphygoïdes disséminées sur la muqueuse des joues, des lèvres, de la voûte palatine, remplies d'un liquide rougeâtre hémorrhagique, quelques-unes rompues. Pas de ganglions sous-maxillaires, pas de douleurs, pas d'angine. Les yeux sont injectés, larmoiement abondant. Bronchite généralisée : fièvre légère, température 38° 4. On croirait à une rougeole, mais le siége de l'éruption, son apparition brusque, son caractère violacé, font penser à une éruption provoquée par l'antipyrine.

Jeudi 25 mars. — La coqueluche est atténuée, la face est couverte de papules violettes, confluentes. Quelques papules sont disséminées sur le cou ; sur le dos des mains et à la plante des pieds, vastes plaques purpuriques douloureuses, quelques papules sur les avants-bras et les jambes. Les ongles sont noirs, teintés par des ecchymoses sous-unguéales. La stomatite est intense, la salivation abondante. De larges lambeaux d'épiderme muqueux se détachent des joues et des lèvres. Conjonctivite catarrhale intense, sécrétion muco-

purulente de la conjonctive palpébrale. T. 38°,3 le matin, 38°, 4 le soir. L'état général est bon. Les urines sont foncées, peu abondantes, mais normales, sans albumine. La réaction par le perchlorure de fer ne dénote pas la présence de l'antipyrine.

Vendredi 26 mars. — L'éruption devient franchement ecchymotique sur les joues, à la paume des mains, à la plante des pieds, sous les ongles. La pression est douloureuse, et les extrémités sont légèrement gonflées. La salivation est abondante, muco-purulente, pyorrhée gingivale. Des lambeaux d'épiderme muqueux, grisâtres, nécrobiosés, se détachent par les lavages, laissant la muqueuse érodée, sanguinolente. L'alimentation est devenue presqu'impossible. Urines normales. T. 38° le matin, 38°3 le soir.

Samedi 27 mars. — Détente. T. 37°6-37° 8. Mêmes symptômes, la bouche se déterge; la conjonctivite est moins intense ; pas de ganglions sous-maxillaires.

A partir du dimanche 28 mars, l'amélioration se fait progressivement ; l'éruption s'éteint lentement ; la bouche se nettoie peu à peu, mais la muqueuse exulcérée saigne assez abondamment. La bronchite diminue, mais la coqueluche a repris avec plus d'intensité. Les urines sont normales. La détersion laisse des exulcérations assez profondes à la face interne des joues, surtout près des commissures des lèvres, qui gênent fort l'alimentation pendant quelques jours encore. Les gargarismes au chlorate de potasse, les irrigations, les attouchements au nitrate d'argent au dixième, hâtent la guérison ; néanmoins la stomatite ne guérit que vers la fin de la quatrième semaine.

Pendant six semaines, on trouve à la paume des mains,

et à la plante des pieds, des macules, aux diverses places où l'éruption s'était développée avec le plus d'intensité. Il se fait une desquamation par petites squames en ces mêmes régions. Sur les ongles, il reste encore, au bout de six semaines, une teinte violacée qui témoigne des ecchymoses sous-unguéales du début.

25 mai. — Deux mois après, le tout est guéri, mais on trouve des troubles trophiques, des ongles des doigts des mains, qui tous, sans exception, dans leur tiers moyen sont rugueux, rayés dans une zone d'un à deux millimètres de largeur et dans toute la demi-circonférence unguéale. L'ongle ayant poussé depuis deux mois, il est facile de rattacher les troubles de nutrition constatés alors aux lésions ecchymotiques qui ont atteint la matrice de l'ongle, lors de l'éruption au début.

A la fin de juin l'enfant revenue de la campagne ne porte plus de traces de ces divers accidents. Les troubles trophiques des ongles seuls persistent, ils sont montés aux deux tiers externes, et disparaîtront bientôt.

Sans vouloir, à propos de ce fait, discuter à fond la pathogénie de ces accidents, je tiens à faire remarquer que les reins chez cette fillette m'ont paru en parfait état, qu'il n'y avait pas la moindre trace d'albumine. En tenant compte de la prédisposition créée par la coqueluche, s'est-il, sous l'influence d'une poussée de bronchite fébrile, produit quelque trouble dans le fonctionnement rénal, le fait est possible, mais difficile à démontrer. Faut-il, au contraire, attribuer ces accidents à une action de contact sur un estomac susceptible ? L'hypothèse a été émise. Dans l'observation précédente, trois heures se sont écoulées entre le moment de l'ingestion et le début

des accidents, mais dans divers cas que j'ai observés, quelques minutes à peine ont séparé le moment de l'ingestion et l'éclosion des accidents : dans plusieurs au moins l'estomac était malade. La seconde hypothèse serait ici plus plausible. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'intégrité viscérale préserve ordinairement de ces accidents. Aussi s'observent-ils beaucoup plus rarement et avec moins d'intensité chez les enfants que chez les adultes, chez les sujets apyrétiques que chez les fébricitants.

OBSERVATION V

Accidents dus à l'antipyrine.

M. Cerné. *Normandie médicale*, n° 14, 1890.

Il s'agit d'une jeune fille de 11 ans, chez laquelle survint, à la suite d'une plaie du genou un épanchement articulaire avec fièvre. Une arthropathie est pratiquée largement avec drainage. L'hyperthermie persiste. Le chirurgien fait prendre 2 gr. 50 d'antipyrine dans les 12 heures.

Le lendemain, matin, la température tombait à 36°9, le soir à 36°5, et le lendemain matin à 37°2. En même temps, l'enfant avait quelques vomissements, des épistaxis, un pouls misérable, sans avoir une fréquence plus grande (il oscillait antérieurement entre 130 et 150, il est vrai). Les conjonctives et la peau prenaient une teinte ictérique marquée.

Assez effrayé de ces symptômes, je prescrivis le troisième jour une potion à la caféine, et l'antipyrine était suspendue. La température était le 8 au soir 37°2, le 9, 37°8 le matin, 37°6 le soir. Le cinquième jour 37°5 le matin, et le soir elle

remonte à 39°5, pour osciller plus tard, comme avant l'administration de l'antipyrine.

Ce n'est que consécutivement, et sous l'influence de pansements soigneux, que l'arthrite diminuant, la température se mit à baisser, sans être visiblement influencée par des doses moindres d'antipyrine, que je donnai à nouveau au bout d'un mois environ.

Le tableau des accidents ne me paraît pouvoir faire aucun doute. C'est bien l'antipyrine qui en a été la cause, et d'une manière évidente je puis retirer de ce cas l'enseignement suivant : l'antipyrine à assez haute dose a été nuisible ; à plus faible dose son action a été nulle.

Il n'y a pas lieu de déconseiller d'une manière absolue l'usage de ce médicament. Mais il faut surveiller étroitement son action, et les accidents précités sont une nouvelle preuve qu'en matière d'accidents chirurgicaux, la cessation de l'infection est seule capable d'amener une amélioration et un abaissement thermique de bon aloi.

OBSERVATION VI

Hémoglobinurie due à l'administration d'antipyrine chez une choréique, par MM. Simon et Maheu. (Société de Pédiatrie, 12 novembre 1901).

Fille de 9 ans. Entrée à l'hôpital Trousseau pour une chorée assez intense. On prescrit d'abord le repos complet, sans autre traitement, puis le surlendemain du jour de son entrée, c'est-à dire le 7 octobre 1901, aucune amélioration ne s'étant manifestée, on fait donner 2 grammes d'antipyrine, le lendemain 3 grammes, le 3 octobre 2 grammes seulement,

le 10 octobre encore 2 grammes, puis on cesse le traitement ; 9 grammes d'antipyrine ont donc été absorbés en l'espace de quatre jours.

Le lendemain, 11 octobre, les urines, de quantité normale, sont trouvées très fortement colorées, orange foncé. L'examen spectroscopique fait voir les raies caractéristiques de l'hémoglobine ; on prélève le même jour du sang au moyen d'une ventouse scarifiée, et on voit que le sérum est fortement laqué rouge-cerise. On était donc en présence d'une hémoglobinurie due à une dissolution de l'hémoglobine dans le sérum sanguin, et probablement d'origine médicamenteuse.

Cinq jours après, 16 octobre, on découvre sur le corps de la petite malade un érythème généralisé, à larges plaques découpées, non surélevées, de teinte rose à prédominance marquée aux genoux, aux fesses, aux coudes. L'éruption pâlit les jours suivants et disparut rapidement. L'apparition de cet érythème confirmait le diagnostic d'intoxication par l'antipyrine.

L'hémoglobinurie cessa complétement le 17 octobre.

A la suite de cette communication, M. Variot rapporte un cas d'hémoglobinurie intense, qui persista quelques jours, à la suite de l'administration de 2 grammes de chlorate de potasse par jour chez un enfant de six ans atteint de stomatite ulcéro-membraneuse.

OBSERVATION VII

Eruption fébrile due à l'antipyrine.

Clinique de M. le Professeur Grancher, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Il s'agit d'un enfant de 8 ans, assez chétive et atteinte de chorée. Sans rien à noter de spécial, ni dans ses antécédents, ni dans son état actuel. Elle prit 1 gr. 50 d'antipyrine quotidiennement du 12 janvier au 17, puis 2 gr. 50 du 17 au 26, dose assez forte mais très bien supportée. Mais le 27, il y eut de la fièvre (38°6) et le 28 joint une éruption morbiliforme avec 39° le soir. La médication étant supprimée pendant deux jours, l'éruption disparut, ainsi que cela a lieu habituellement. Le 31 reprise du médicament et la fièvre et l'éruption reparaissent le lendemain. Le 11 février, après plus de huit jours de suspension, l'antipyrine, à la dose de 2 gr. 50, reproduit presque immédiatement la fièvre et l'éruption, car le soir même la température est de 39°6. Enfin le 25, une dernière épreuve est tentée avec 1 gr. 50. Le médicament est donné à 8 heures et à 11 heures la température est déjà de 39°5.

On a donc eu, dans cette série de tentatives, quatre fois une éruption avec élévation thermique, et cela presqu'à volonté. Mais de plus, en examinant d'un peu près la marche de la température, on reconnaît facilement que la sensibilité de la malade au médicament augmentait à mesure qu'elle en prenait. En effet la première éruption, et les accidents qui l'ont accompagnée, ont mis trois jours pour arriver à leur maximum ; à la seconde éruption ces accidents se sont produits

en deux jours ; il a suffi d'un jour pour la troisième épreuve et de trois heures pour la quatrième. En outre, en même temps que les accidents se produisaient plus facilement et s'aggravaient, l'éruption changeait de nature. Morbilleuse d'abord, elle devint scarlatiniforme ensuite, et en dernier lieu, elle prit une teinte cyanotique telle qu'on jugea prudent de ne plus donner d'antipyrine. La malade au lieu de s'accoutumer au médicament y devenait donc de plus en plus sensible, de telle sorte qu'il fallut y renoncer, ce qui n'arrive pas dans les cas ordinaires.

La rapidité d'action du médicament est aussi extrêmement remarquable. L'observation attentive de la malade, dans la dernière période, a montré qu'un quart d'heure après l'ingestion de l'antipyrine, il y avait déjà de l'angine et du larmoiement ; une heure après l'éruption scarlatiniforme se produisait avec une température de 38°. Deux heures après l'ingestion, éternuements, catarrhe nasal abondant, vomissements bilieux et abattement général ; puis au bout de quatre heures et demie éruption généralisée et tous les autres phénomènes poussés à un degré extrême, avec cyanose de la face et des extrémités. Enfin, phénomène intéressant à noter, l'éruption paraissait plus intense à certains moments et le thermomètre présentait des oscillations. Les accidents d'ailleurs ne duraient guère plus de 24 heures.

Les accidents produits par l'antipyrine ont été signalés depuis le moment où cette substance est entrée dans la thérapeutique, et on a signalé des éruptions polymorphes, ortiées, scarlatiniformes, rubéoliformes, purpuriques et même vésiculeuses. On a cité également un cas dans lequel se produisit un véritable accès épileptiforme avec état d'apparence

grave (1), chez un enfant de quatre ans ayant pris 1 gr. 20 du médicament. Le catarrhe oculo-nasal, l'angine, ont été aussi observés. Tous ces accidents peuvent se montrer isolément, ils peuvent se grouper comme chez la malade du service : mais ce qu'il est important de se rappeler c'est que, pour ce médicament comme pour presque tous les autres, il y a de grandes différences individuelles et qu'il est bon de commencer par des doses, qui ne puissent faire courir de danger aux malades.

Le point intéressant encore dans ce cas, c'est que les premières doses ne produisirent pas d'accidents ; mais à partir du moment où il s'est fait une sorte de saturation, la sensibilité de l'organisme est restée atteinte, et il n'a plus été possible de revenir au médicament.

1. Il s'agit du cas de Tuczek (*in Berl. Klin. Wochensh.*) concernant son propre enfant âgé de 4 ans, qui pour une coqueluche fut soumis à l'administration quotidienne de 1 gr. 02 centigrammes d'antipyrine en trois doses. L'enfant fut pris de vomissements, puis d'une somnolence qui se changea en un état soporeux, et c'est dans ces conditions qu'il présenta des convulsions épileptiformes, puis des grincements de dents, de la jactitation, de l'arythmie cardiaque de la dilatation des pupilles et un exanthème maculeux. Au bout de trois jours la connaissance revint et ultérieurement la santé ne fut pas altéré.

Mais ce fait reste isolé, et Lépine qui le rapporte dans un article de la *Semaine Médicale* (mars 1834) ajoute : « Voilà un accident bien singulier dont l'antipyrine est assurément responsable, mais partiellement sans doute, et n'est-on pas en droit de soupçonner chez cet enfant une prédisposition aux attaques convulsives, quand on songe à l'extrême rareté des convulsions chez les malades intoxiqués par l'antipyrine.

ARSENIC

OBSERVATION VIII

Névrite périphérique d'origine arsenicale, par M. Colman (Société clinique de Londres, 14 janvier 1898).

Il s'agit d'une fille de 12 ans, qui au mois de septembre 1897 est entrée à l'hôpital pour une chorée vulgaire, traitée pendant un mois par l'arsenic à hautes doses (27 milligr. d'acide arsenieux par jour). Elle quitta l'hôpital complétement guérie, mais au bout de dix jours elle commença à se plaindre de faiblesse dans les jambes, qui alla en augmentant, si bien qu'au bout de quelques jours elle ne pouvait plus bouger ses pieds.

A son entrée dans le service de M. Colman, on trouve une paralysie presque complète de tous les muscles extenseurs, qui de la jambe se rendent aux pieds, avec réaction manifeste de dégénérescence. Les muscles extenseurs des avant-bras étaient parésiés, et présentaient une diminution de la réaction galvanique, mais sans réaction de dégénérescence. Il n'existe pas de troubles de sensibilité de la peau, mais les muscles étaient douloureux au toucher. Une pigmentation arsenicale très manifeste existant au niveau du cou et des aines. La paralysie guérit assez rapidement sous l'influence du traitement par le massage et l'électricité.

D'autres cas analogues observés par le Dr Colman et le Dr R. Beevor tendent à faire rejeter l'hypothèse d'une idiosyncrasie particulière, et à justifier une

certaine méfiance à l'égard du traitement arsenical à hautes doses.

OBSERVATION IX

Intoxication arsenicale par l'eau de la Bourboule, par M. Vérité. Société de dermatologie et de syphiligraphie, 12 novembre 1896.

G..., 9 ans, n'était qu'occasionnellement à la Bourboule pour accompagner son frère. Je fus appelé un soir de juillet auprès de lui, je le trouvai un peu prostré : le pouls battait 130 pulsations ; la température dépassait 40°. Cet état durait depuis la veille. La soudaineté de ces phénomènes, l'absence de prodromes, éloignaient l'idée d'une fièvre continue ; il n'avait d'ailleurs pas l'aspect typhoïde. L'examen des organes ne décelait rien, l'enfant se plaignait un peu de la tête et du ventre. J'appris, qu'arrivé depuis trois jours, un médecin l'avait vu et avait prescrit deux quarts de verre d'eau arsenicale, source Choussy-Perrière, chaque jour, et une irrigation nasale de dix minutes de durée.

L'eau minérale représentait 2 milligr. 1/2 d'arseniate de soude du Codex en boisson. C'était insuffisant pour expliquer une telle fièvre.

Je m'enquis sur la manière dont avait été prise l'irrigation nasale. J'appris que notre jeune malade avait fermé la bouche au lieu de l'ouvrir et de respirer largement pendant la douche de Weber. L'eau minérale, au lieu d'entrer par une narine et de sortir par l'autre, avait été ingérée.

L'enfant avait pris une dose d'arsenic difficile à préciser, mais que je ne crois pas inférieure à 1/2 centigramme corres-

pondant à 2 centigrammes d'arseniate de soude du Codex. J'ordonnai un lavement émollient et du lait.

Le lendemain matin la température tombait à 38°5, pour remonter le soir à 40°. Je fis cesser le sulfate de quinine qui avait été prescrit et je donnai un purgatif salin. La fièvre diminua rapidement, mais notre jeune malade fut faible plusieurs jours. La chaleur et l'acide azotique avaient montré un nuage dans l'urine : je continuai le lait, un litre par jour (1).

OBSERVATION X

Un cas de paralysie arsenicale chez une fillette de sept ans, par le Dr Comby. *Société médicale des hôpitaux.* 25 juin 1896.

J... Juliette, âgée de 7 ans, entre à l'hôpital Trousseau, dans mon service, le 9 mars 1896.

Père et mère bien portants, non rhumatisants, un peu d'éthylisme paternel. Elevée au sein, l'enfant a marché à quatorze mois. De bonne santé habituellement, elle est toujours très impressionnable et très nerveuse. Pas de rhumatisme, rien au cœur. Cependant, elle accuserait depuis deux ou trois mois quelques douleurs vagues et erratiques dans les membres. Insomnie ; agitation nocturne.

Le 1er mars. — Elle présente des mouvements incoordon-

1. Au cours de sa communication, l'auteur fit remarquer que les intoxications arsenicales ne sont pas rares après l'ingestion d'eau à La Bourboule ou à domicile.

nés des bras et des jambes. Elle est atteinte de chorée de Sydenham.

Le 9 mars. — Quand nous la voyons, elle est incapable de marcher sans aide, elle fait des grimaces, se remue constamment, et présente une forme intense de chorée. La pression, au niveau des fosses iliaques, est douloureuse. Ce n'est pas l'ovarialgie, mais un joint de névralgie lombo-abdominale, comme j'ai pu m'en assurer chez de nombreux malades. Ces points iliaques, existent d'ailleurs, chez les garçons comme chez les filles. Pouls 120. Température rectale 37° 4.

Ayant pris l'habitude, cette année, de traiter toutes les chorées graves de mon service par l'arsenic suivant la méthode de Aran et F. Siredey, je soumets l'enfant, dès le lendemain 10 mars, à la liqueur de Boudin (solution d'acide arsénieux à 1 p. 1.000). Le premier jour, la malade prend, dilués dans un julep de 120 grammes, par cuillerées à soupe toutes les deux heures, 10 grammes de liqueur de Boudin, répondant à 10 milligrammes d'arsenic. Puis on augmente tous les jours de 5 grammes, (5 milligrammes d'acide arsénieux), pour aller jusqu'à 35 grammes, et redescendre ensuite à 10 grammes. Le traitement a duré onze jours, pendant lesquels la fillette a pris 235 grammes de liqueur de Boudin, soit 235 milligrammes (23 centigrammes 1/2) d'acide arsénieux.

C'est une dose formidable, mais que tous mes malades avaient jusqu'à présent admirablement tolérée.

Dès le cinquième jour du traitement, les mouvements choréiques avaient complétement cessé; le pouls était tombé de 120 à 96.

Le sixième jour apparaissent quelques vomissements, qui se répètent les jours suivants. En même temps la langue

est fortement saburrale et la bouche pleine d'une salive épaisse et visqueuse.

Le septième jour, la température, normale jusqu'alors, s'élève à 38°, puis 38°2 ; en somme embarras gastrique avec léger état fébrile ; pas de gastralgie, pas d'entéralgie, pas de diarrhée. Après dix à douze jours, l'embarras gastrique disparaît, et l'enfant sort complétement guérie le 5 avril, un mois environ après le début de sa chorée.

Jusqu'alors, je n'avais pas lieu de regretter mon intervention, et malgré les troubles gastriques présentés par la malade, je n'avais aucune inquiétude.

Le 11 mai, l'enfant est de nouveau hospitalisée, non pour une rechute de sa chorée, qui a été radicalement guérie, mais pour un état paralytique, qu'il me reste maintenant à décrire.

Depuis sa sortie de l'hôpital elle avait été bien portante ; mais sa mère prétend que, tous les soirs, le bas des jambes était un peu enflé.

Le 5 mai, un mois juste après son exéat et quarante-six jours après la cessation du traitement arsénical, elle accuse de l'engourdissement dans les jambes, et au lieu de sortir comme les jours précédents, elle reste à la maison ; le lendemain, elle ne peut marcher, elle est obligée de garder la position horizontale ou assise. Cependant, elle mange bien, dort bien, ne se plaint pas.

Nous constatons qu'elle présente une paraplégie complète, avec impossibilité non seulement de se tenir debout, mais même de remuer ses jambes dans son lit. Réflexe patellaire aboli. Le chatouillement de la plante des pieds ne provoque pas de mouvements. Sensibilité au pincement et à la piqûre

conservée. En somme, paraplégie motrice absolue, le 12 mai. Prescription : sulfate de strychnine à doses progressives (2. 3, 5. 6 milligrammes par jour), électrisation. Bains sulfureux.

Le 15 mai, incontinence des urines et des matières fécales, qui persiste pendant 10 jours. Puis les muscles du tronc et des membres supérieurs se prennent, la paralysie suit une marche ascendante ; l'enfant ne peut se tenir assise sur son lit : elle ne peut serrer la main qu'on lui tend, on est obligé de la faire manger. Cependant la paralysie des membres supérieurs n'a jamais été complète, elle a disparu assez rapidement.

Le 25 mai, l'enfant recommence à se servir de ses mains, et peut manger seule. Le 26 mai, elle n'urine plus involontairement, le sphincter vésical n'est plus paralysé. A la fin de mai, les membres inférieurs ont récupéré quelques mouvements, l'enfant peut croiser et décroiser ses jambes dans son lit ; elle peut s'asseoir toute seule. Pas d'amaigrissement, pas d'atrophie musculaire appréciable. A part un léger état saburral, qui persiste toujours, l'état général est excellent, et l'enfant qui avant le traitement arsénical, était très maigre, a présenté un engraissement remarquable ; elle est joufflue, rosée, elle ne paraît pas être sous le coup d'une grave intoxication. Les premiers jours de la seconde entrée à l'hôpital, il y avait un peu de fièvre (38°, 38°4, 38°5) ; puis le thermomètre est retombé à 37. L'appétit a toujours été conservé ; l'état saburral persistant, nous avons donné un peu d'huile de ricin (10 grammes) à plusieurs reprises.

Au commencement de juin, les mouvements des membres inférieurs reviennent graduellement, ainsi que la force mus-

culaire, puis les réflexes. Le chatouillement de la plante du pied provoque un retrait du membre : le 20 juin, le réflexe patellaire est revenu. A ce moment l'enfant marche seule, et peut être considérée comme absolument guérie.

Il nous a été impossible, avec l'appareil faradique insuffisant dont nous disposons à l'hôpital, d'étudier toutes les réactions électro-musculaires, il nous a semblé que les muscles des membres inférieurs, dans leur ensemble, ne réagissaient pas du tout à la faradisation. Nous n'avons pu déterminer, comme l'ont fait d'autres auteurs, s'il y avait des groupes musculaires paralysés, de préférence ou à l'exclusion des autres.

En résumé, une fillette de sept ans, traitée par l'arsenic à hautes doses (235 milligrammes en 11 jours), pour une chorée intense, a rapidement guéri de sa chorée et n'a présenté tout d'abord que quelques vomissements et de l'embarras gastrique attribuables à la médication arsenicale. Mais six semaines après la cessation de l'arsenic, elle a été prise graduellement de troubles paralytiques qui ont envahi d'abord les membres inférieurs, puis le tronc et les membres supérieurs, ces derniers à un moindre degré. La paraplégie a été complète et accompagnée pendant 10 jours d'incontinence des urines et des matières fécales. Sensibilité cutanée conservée, réflexes abolis, réaction faradique nulle ; pas d'atrophie musculaire appréciable ; pas de troubles trophiques d'aucune espèce.

La paralysie a rétrocédé graduellement pour disparaître complétement en six semaines. Il résulte de l'exposé de ces faits qu'il y a une véritable imprudence à donner une dose aussi forte d'arsenic à des enfants aussi jeunes, quoique

beaucoup soient capables de la supporter sans dommage. Désormais, il faudra surveiller attentivement les effets de la médication arsenicale intensive dans la chorée, et s'arrêter aux premiers accidents d'intolérance gastrique (vomissements, état saburral).

OBSERVATION XI

Névrite survenant pendant le traitement de la chorée par l'arsenic, par le Dr John A. Adams (*The Lancet*, 10 février 1894).

Le 15 septembre 1893, une jeune fille de onze ans, à l'aspect intelligent et animé, fut admise au Halifax Infirmary, pour une chorée très marquée. Elle était malade depuis 15 jours, et à son entrée à l'hôpital, elle ne pouvait plus marcher ni manger seule. On la traita avec une liqueur arsenicale à la dose de 10 minims, trois fois par jour. Pendant la première semaine, il n'y eut aucun changement dans son état. Après cela les mouvements commencèrent à diminuer, et pendant 15 jours l'amélioration continua : durant tout ce temps, elle n'eut ni nausée ni diarrhée, ni aucun autre symptôme d'empoisonnement par l'arsenic. Au bout de ces trois semaines, elle se déclara beaucoup mieux, les mouvements choréiques avaient presque cessé, elle pouvait manger toute seule. On lui permit de se lever.

Le 8 octobre, elle se plaignit de douleur et de difficulté à avaler, on arrêta immédiatement les doses d'arsenic. Deux jours plus tard, elle dit qu'elle avait mal dans les jambes, et comme de l'engourdissement ; en l'examinant, on lui trouva de la parésie des jambes, les mollets étaient sensibles au tou-

cher, la sensibilité était altérée, et les réflexes patellaires manquaient des deux côtés. Un ou deux jours après, les bras furent affectés de la même manière, et petit à petit, les membres devinrent impuissants, les muscles étaient flasques et s'atrophièrent. Elle ne pouvait plus maintenant se retourner dans son lit et était incapable de faire quoique ce soit pour elle-même. La température variait entre 99° F. le matin et 100 F. le soir. Une seule fois elle atteignit 101° ; cela dura environ trois semaines,quand elle se mit à reprendre graduellement des forces, par l'usage d'aliments préparés spécialement, d'huile de foie de morue, de la teinture de noix vomique ; le massage et l'électricité faradique furent aussi employés. Le 12 janvier 1894, l'état de la malade s'était amélioré au point qu'elle pouvait manger seule et s'asseoir sur une chaise ; elle avait cependant de la difficulté à marcher. La sensation d'engourdissement avait disparu, et les muscles avaient repris beaucoup de leur force et de leur vigueur.

En envisageant l'emploi très fréquent qu'on fait aujourd'hui de l'arsenic à hautes doses dans le traitement de la chorée, il est intéressant dans le cas précédent de signaler une névrite périphérique se produisant sans qu'il y ait aucun symptôme d'emprisonnement par l'arsenic ; j'ajoute que la maladie avait été surveillée de très près à l'hôpital.

OBSERVATION XII

Névrite arsenicale chez un enfant de cinq ans, par Alfred Stengel (*The Philadelphia Pediatric Society*, 12 janvier 1897).

B... C..., cinq ans, sans antécédents héréditaires, a eu des convulsions, la coqueluche, la fièvre typhoïde (février 1896). Pas de scarlatine, ni de rhumatisme. Tempérament nerveux. Il entre à l'hôpital le 29 juillet 1896 pour la chorée (1re attaque) datant de deux semaines, et ayant débuté par le côté gauche. Souffle systolique à la pointe et à la base du cœur. Traitement : 3 gouttes de liqueur de Fowler *trois fois* par jour, avec augmentation d'une goutte par jour. Le 5 août *5 gouttes trois fois* par jour. Amélioration. Le 20 août il va bien. Il a pris jusqu'à 10 gouttes trois fois par jour (total trente). On s'est arrêté devant des signes d'intolérance. Le 23 septembre. on s'aperçoit qu'il traîne les pieds, il accuse des douleurs dans les jambes. Il entre à l'hôpital le 28. Le 1er octobre, on remarque qu'il ne peut pas se tenir debout et qu'il a des mouvements ataxiques. Sensibilité conservée ; légère atrophie des jambes ; réflexes rotuliens exagérés. Pendant deux mois il fait des progrès pour la marche ; le 4 décembre rechute de la chorée ; quinine à doses progressives, puis bromure de potassium Le 5 janvier, grande amélioration de la chorée. Faradisation : les extenseurs des jambes et des pieds ne répondent pas à l'excitation ; légère atrophie, surtout à droite.

L'auteur rappelle les cas analogues ; il fait remarquer l'in-

fluence de la susceptibilité individuelle. Ces accidents se montrent après des doses faibles comme après des doses fortes, souvent plusieurs semaines après la cessation de l'arsenic, preuve de l'accumulation du médicament dans l'organisme.

OBSERVATION XIII

Névrite arsenicale ayant succédé au traitement de la chorée par la liqueur de Fowler, par le Dr Edward B. Schreiber (*Annales of Gynecology and Pediatry*, février 1898).

Fille de dix ans, observée le 17 avril 1896 pour une chorée généralisée, avec prédominance aux bras, troubles du langage, anémie. On prescrit V gouttes de liqueur de Fowler, une augmentation graduelle jusqu'à XII gouttes par jour. Le 1er mai, on réduit à V gouttes à cause de quelques symptômes d'intolérance. Dans le courant du mois l'enfant n'est pas suivi, et l'on ignore la dose du médicament. Il est probable toutefois qu'il n'a pas été pris moins de 7 centimètres cubes, et plus de 11 centimètres cubes, du 17 avril au 5 juin.

Parents nerveux ; l'enfant a eu la rougeole, la scarlatine, la varicelle, la coqueluche ; pas de rhumatisme. Début de la chorée en avril 1895, on la retire de l'école ; guérison en août 1895. Récidive en mars 1896, traitée au dispensaire en avril. Elle se plaint de faiblesse dans les bras et surtout les jambes ; douleurs épigastriques depuis plusieurs semaines. Vomissements, diarrhée. Peu de jours avant son entrée, douleurs dans les jambes qui étaient gonflées et froides.

Taches de pigment aux aisselles, épaules, nuque, abdomen, périnée, région poplitée. Anémie, souffle vasculaire au cou. Réflexe rotulien et plantaire abolis, diminution de la sensibilité aux jambes. Atrophie musculaire des membres inférieurs, paralysie, marche impossible. Le 24 juin, contractilité faradique manque dans le quadriceps crural et les muscles des jambes : contractilité galvanique faible.

L'examen du sang donne 2 millions d'hématies seulement ; proportion de leucocytes 1 pour 62. Traces d'arsenic dans l'urine. Amélioration graduelle ; quand elle sort de l'hôpital, le 14 octobre 1896, elle steppe en marchant : ce steppage persiste le 11 décembre 1897 ; les réactions électriques ne sont pas encore normales ; plus de pigmentation. En somme, polynévrite arsenicale due à l'usage trop prolongé de liqueur de Fowler.

OBSERVATION XIV

Récidive de chorée compliquée de névrite arsenicale, par le Dr Philip. Meirowitz (*The Post-Graduate*, mars 1900). *In Archives de médecine des enfants*, 1900.

Fille de 13 ans, ayant eu sa première attaque de chorée à neuf ans, sa seconde atteinte à 12 ans ; pendant un an elle eut trois ou quatre rémissions durant parfois plusieurs mois. Elle fut conduite à *Post-Graduate Hopital* le 12 octobre. Dix jours auparavant elle avait accusé de la raideur du genou, mais sans difficulté de la marche. Quelques jours après, les jambes deviennent faibles et des douleurs apparaissent dans les deux jambes au-dessous des genoux. A son entrée à l'hôpital, il y avait 8 jours qu'elle ne pouvait mar-

cher. Elle avait éprouvé au début la sensation d'épingles ou d'aiguilles dans la plante des pieds. Peu après les jambes, les bras se prirent à leur tour. Amaigrissement, paralysie des fléchisseurs des pieds, ainsi que des extenseurs, affaiblissement des extenseurs et fléchisseurs des jambes et des cuisses, absence de réflexes tendineux. Paralysie des mains, flexion imparfaite des doigts, des poignets, des avant-bras ; muscles mous, sensibles à la pression. Les extrémités inférieures étaient froides, au toucher, au-dessous des genoux, les pieds étant un peu plus chauds que les jambes. La sensibilité au contact était affaiblie aux pieds, mais la sensibilité à la douleur et à la chaleur persistait. Les muscles des bras répondaient à de faibles courants faradiques, tandis que de forts courants n'avaient pas d'influence sur ceux des jambes. La peau ne sentait pas le courant faradique.

Du 17 août au 12 octobre 1896 l'enfant avait pris 4 onces de liqueur de Fowler, soit près de 114 grammes en 7 semaines. Elle avait commencé par V gouttes trois fois par jour (soit XV gouttes en 24 heures), et avait augmenté d'une goutte par jour jusqu'à XV gouttes par dose (soit XLV gouttes). Alors elle avait eu des vomissements et de l'œdème des paupières. On avait diminué la dose (X gouttes) en la continuant jusqu'à son entrée à l'hôpital. Il s'agit donc là d'une polynévrite arsénicale au cours d'une chorée.

OBSERVATION XV

Empoisonnement arsenical dans un cas de chorée, par M. Barker (*Brit. med. journ.*, 21 avril 1900). *In Archives de médecine des enfants*, 1900.

Fille de 10 ans, délicate, vient à l'hôpital le 26 février, souffrant de diarrhée et vomissements depuis une semaine. Pâleur et langueur. En janvier, elle avait eu la chorée et on l'avait traitée pendant six semaines à la consultation. A la fin de janvier la mère remarque une coloration bronzée de la peau, surtout aux genoux et aux aisselles. L'examen montre une pigmentation intense de la poitrine, de l'abdomen, du dos, des hanches, des jambes des fesses : les aisselles et les aines étaient plus colorées. La face et le cou, les mains et les pieds, étaient indemnes. Yeux enflammés et congestionnés. Absence du réflexe rotulien, diarrhée abondante et vomissements depuis six à sept jours.

On prescrit le régime lacté, on trouve des traces d'arsenic dans les urines. Les vomissements cessent au bout de 24 heures et la diarrhée au bout de 2 jours. Au bout d'une semaine l'amélioration fait des progrès, la pigmentation est moindre. Au bout de trois semaines, il n'y a presque plus rien, mais les réflexes rotuliens restent abolis et la faiblesse des jambes est notable.

L'enquête apprit que l'enfant avait pris de la liqueur arsenicale, commençant par II gouttes trois fois par jour, puis arrivant à VII gouttes. En somme le médicament avait été prescrit à doses assez faibles et pendant une courte période. Cependant l'altération de couleur a été excessive par son

intensité et son étendue. La guérison a été rapide après cessationde l'arsenic.

BELLADONE

OBSERVATION XVI

Intoxication belladonée grave chez un enfant de sept ans et demi, à la suite de frictions prolongées avec du Baume du Père Tranquille, par le Dr Variot et le Dr Dufestel. (Société médicale des hôpitaux, 7 février 1902).

Il s'agit d'un garçon de sept ans et demi, soigné dès sa première enfance par l'un de nous. Le père est un peu éthylique, la mère a présenté à un moment donné des signes de tuberculose pulmonaire au deuxième degré ; elle est en voie de guérison.

L'enfant, à l'âge de cinq ans, a été atteint de broncho-pneumonie très grave dont il a parfaitement guéri. Il est sujet de temps à autre à des embarras gastro-intestinaux, car il est grand mangeur de viande : ces troubles peu graves cèdent à des purgatifs et à un régime alimentaire un peu sévère.

A la fin du mois de septembre 1901, dans le cours d'un de ces embarras gastro-intestinaux l'enfant est pris de douleurs très vives avec gonflement sur les principales articulations. Le caractère aigu et la migration des arthropathies ne pouvaient correspondre qu'à une attaque de rhumatisme articulaire. On prescrivit pendant plusieurs jours en potion, 2 gr. de salicylate de soude, et une pommade à l'acide salicylique (3 gr. pour 60) pour faire des onctions sur les jointures douloureuses.

Le 2 octobre. — L'état général de l'enfant était satisfaisant, les douleurs articulaires étaient moins intenses, mais persistaient encore : l'enfant ne voulait plus supporter les pommades à l'acide salicylique qui, disait-il, le piquaient. En effet l'épiderme semblait légèrement excorié en quelques places au niveau des genoux.

C'est alors qu'on décida de recourir au baume Tranquille pour remplacer la pommade qui n'était plus supportée. On prescrivit 60 grammes de ce baume, en recommandant à la mère de s'en servir pour frictionner doucement les articulations douloureuses.

Dans la journée, l'enfant qui était très gâté, se plaignit de souffrir beaucoup, et ne voulut pas que sa mère le quittât ; elle dut céder à son caprice, et passa la journée à le frictionner sur les jointures et sur le ventre avec le baume Tranquille ; elle usa ainsi tout le premier flacon de 60 grammes, et retourna chez le pharmacien en chercher un autre flacon sur lequel 25 grammes furent aussi employés jusqu'au soir du 3 octobre. A ce moment, l'enfant se plaignit de ne plus voir clair, devint inquiet, agité, et ne cessait de répéter qu'il ne voyait plus clair. M. Dufestel constate que les pupilles étaient très largement dilatées : le pouls d'ailleurs était régulier, et la température normale.

Le lendemain 4 octobre, après une nuit très agitée, on retrouve l'enfant avec une dilatation pupillaire énorme, et en interrogeant la mère, en apprenant l'abus qu'elle a fait du baume Tranquille, on songe à l'empoisonnement par la belladone.

A 3 heures du matin, après un mouvement de colère, l'enfant est pris d'une grande crise de convulsions, et perd con-

naissance. On court en hâte chez M. Dufestel, qui trouve le petit malade inconscient, les membres secoués par des convulsions cloniques ; le pouls est petit, la respiration irrégulière et stertoreuse ; les mâchoires sont serrées au point qu'il est impossible de faire absorber une cuillerée de potion. Les pupilles restent toujours très dilatées, le front et la face sont couverts de sueur.

Ne doutant plus alors d'un empoisonnement par la belladone, M. Dufestel injecte immédiatement sous la peau 3 cmc. de la solution suivante :

Eau distillée. . . . 10 centimètres cubes.
Nitrate de pilocarpine. 0, 10

En même temps, il prescrit une potion contenant 3 grammes de teinture de Jaborandi et des inhalations d'oxygène. Il fait faire la révulsion sinapisée sur les membres inférieurs et recommande de donner du lait et du café en boisson. Après une demi-heure, les phénomènes convulsifs s'apaisent, mais toute la journée le malade reste prostré. Le 5 octobre au matin, nous vîmes l'enfant en consultation. L'état reste très grave ; l'enfant est tout à fait inconscient, pousse des cris automatiques, appelle sa mère dix fois de suite ; les pupilles sont extrêmement dilatées, l'iris est tout à fait rétracté vers son grand cercle, la vue paraît perdue, et l'expression du visage est hagarde ; il y a de la raideur musculaire surtout aux membres inférieurs et à la nuque ; ce n'est pas sans peine qu'on parvient à faire asseoir l'enfant pour l'ausculter.

A ce moment, le tableau clinique est des plus alarmants ; cependant le pouls et la respiration étant réguliers, la température restant normale, nous sommes d'accord pour admettre une intoxication belladonée grave ; le pronostic nous

paraît alors incertain, vu l'extrême gravité des accidents. Nous prescrivîmes la continuation de la potion au Jaborandi et des injections de caféine.

Le 6 octobre. — L'état s'améliore légèrement, l'enfant paraît reconnaître sa mère et boit un peu plus facilement ; l'agitation est toujours très grande.

Le 7 octobre. — La température varie entre 36°8 et 37° ; le malade paraît reprendre un peu connaissance ; il tire la langue lorsqu'on le lui demande avec insistance. Il y a quelques stries sanguinolentes dans les selles ; pas d'albuminurie dans les urines.

Le 8 octobre. — Les selles sont toujours sanguinolentes (1). La faiblesse est extrême, l'enfant peut à peine soulever la tête : la dilatation pupillaire commence à diminuer. On note ce même jour une éruption de prurigo sur la peau du bras gauche. L'enfant reconnaît les personnes et parle assez distinctement.

Le 9 octobre l'éruption du bras se généralise sur les bras et les jambes et s'accompagne de démangeaisons. L'enfant s'assied seul sur son lit, mais il accuse des douleurs tantôt dans la tête, tantôt dans les jambes ou dans le ventre, ces douleurs sont sont fort vives, car il pousse des cris prolongés : « oh ma tête ! oh mes jambes ! » Malgré cette aggravation des douleurs et la faiblesse générale, l'enfant continue de prendre un litre de lait chaque jour.

Le 4 et le 15 octobre on pratique deux injections de sérum artificiel de 300 grammes chacune, qui relève-

1. Cette apparition du sang dans les matières semble due à la pilocarpine.

rent très rapidement les forces. Dès lors, les troubles morbides ne cessèrent de s'améliorer. Néanmoins l'enfant conserva dans les jambes une véritable paralysie motrice ; la sensibilité était conservée. Les fonctions digestives reprirent leur activité : mais il fallut provoquer des selles par des lavements.

Ce n'est que le 25 octobre que l'enfant put soulever le talon au-dessus du plan du lit ; jusque là ses jambes étaient presque inertes.

Le 18 novembre on tenta de faire quitter le lit à l'enfant ; mais dès qu'il avait les pieds par terre, ses jambes fléchissaient. Il fallut pour lui faire prendre l'air, le promener pendant quelque temps dans une petite voiture. Vers le 20 novembre, il fit ses premiers pas dans la chambre, mais la force dans les jambes ne revint que très lentement. Le 20 décembre, l'enfant peut être considéré comme rétabli ; sa force musculaire dans les membres est à peu près normale, de même que son intelligence et sa mémoire.

Après cet exposé il est impossible de douter qu'il ne s'agisse d'une intoxication belladonée, et comme l'enfant n'a pris aucune préparation belladonée à l'intérieur, il faut bien attribuer au baume Tranquille l'origine des accidents.

Nous avons remis à M. le professeur Gabriel Pouchet, le reste du deuxième flacon sur lequel la mère de l'enfant avait prélevé 25 grammes. Après analyse dans son laboratoire, M. Pouchet nous a déclaré que la teneur de ce baume en belladone était faible, et n'excédait pas les prescriptions du Codex.

Après avoir rappelé la composition de ce baume, les auteurs ajoutent : « Dans ce produit un peu suranné de la

pharmacopée, la belladone est évidemment la substance active, et elle n'y est incorporée qu'en quantité assez faible.

Comment expliquer l'intoxication bien exceptionnelle chez cet enfant. Faut-il admettre une idiosyncrasie, une susceptibilité étrange de l'enfant pour la belladone ? Cette hypothèse est évidemment plausible, mais elle serait plus probable pour un adulte que pour un enfant. Nous connaissons bien la grande tolérance habituelle du jeune âge pour les préparations belladonées. Il est plus vraisemblable de faire intervenir comme cause efficiente de cette intoxication : 1° l'irritation préalable de la peau et l'excoriation de l'épiderme par l'application de la pommade à l'acide salicylique avant l'emploi du baume tranquille ; 2° les frictions énergiques et très prolongées de la mère qui ont décapé l'épiderme de l'enfant sur une large surface et favorisé la pénétration de la substance toxique dans le derme.

Telle est l'opinion du professeur Gabriel Pouchet avec lequel nous nous entretenions de ce cas. Cette opinion est aussi celle des médecins anglais qui pensent que l'intoxication à la suite d'applications d'emplâtres belladonés un peu étendus ne peut se produire que si l'épiderme a été préalablement altéré, ramolli, etc... Dans le numéro du 16 octobre 1901 de la *Lancet* on rapporte le cas d'une jeune fille qui fut atteinte d'un rhumatisme musculaire de la région lombaire, après une chasse aux canards dans les marais. Pour calmer la douleur, on fit d'abord une première friction de la peau avec du whisky, puis une autre avec « Jacob's oil » (sans doute une huile irritante) ; en troisième lieu, on placarda sur les lombes un emplâtre belladoné. Alors éclatèrent des phénomènes d'intoxication belladonée assez graves. On a vu aussi

des accidents plus ou moins semblables si on laisse en place assez longtemps des emplâtres belladonés d'une certaine surface parce que l'épiderme finit par se ramollir sous l'emplâtre, et l'absorption du poison est ainsi facilitée dans le derme.

Nous avons cru utile de rappeler quelques faits plus ou moins semblables aux nôtre pour bien montrer que des préparations belladonées par l'usage externe, en apparence très anodines, telles que le baume tranquille, peuvent devenir très dangereuses si les réseaux lymphatiques et la surface absorbante des papilles ne sont plus recouverts et protégés par l'épiderme.

BISMUTH

OBSERVATION XVII (Résumée).

Kocher (*Sammlung Klin. Vortrage* 1882).

De l'intoxication par le sous-nitrate de bismuth employé dans le pansement des plaies, par MM. Gaucher et Balli.

Extrait de leur communication à la Société médicale des hôpitaux, 29 novembre 1895.

Enfant réséquée de l'épaule. Pansement au sous-nitrate de bismuth. Quelques jours après, urines noirâtres. Eléments épithéliaux et cylindres. Pas d'albumine. Bismuth en faible quantité dans l'urine.

OBSERVATION XVIII

Petersen (*Deutch. med. Wochensch.* 1883).

Enfant de 14 ans, opéré de tumeur blanche du genou, et pansé au sous-nitrate de bismuth. Huit jours après, stomatite avec perte d'appétit et salivation abondante. L'urine présente un dépôt noirâtre et donne un précipité caractéristique. Les jours suivants, la luette et le voile du palais présentent les mêmes lésions que les muqueuses des joues.

Elimination de la muqueuse au niveau des plaques ardoisées.

BROMOFORME

OBSERVATION XIX

Intoxication par le bromoforme, par le Dr Nauwelaers, (*in Journal de médecine de Bruxelles*, 1890, rapporté dans la thèse de Michaïlovitch, 1895.

Enfant de 1 an 3 mois. A la date du 19 août, il tousse depuis quelques jours. Actuellement quintes caractéristiques, deux gouttes 8 fois par jour de la solution suivante : alcool de bromoforme de 5 grammes.

Le 27 août. — Pas d'amélioration, 3 gouttes 8 fois par jour, en surveillant l'effet.

31. — Médication très bien supportée.

3 septembre. — Un peu d'amélioration. Médicament administré sous *forme de potion*, 3 cuillerées à dessert, ce qui fait en tout douze gouttes de bromoforme.

6 et 7. — Absence de quintes, pas même de toux.

Le 8, à une heure, on donne une cuillerée *de la potion ;* à deux heures l'enfant boit du lait, ne présente rien d'anormal. A 3 h. 1/2 la garde le trouve profondément assoupi, on constate un état de profonde stupeur, du refroidissement, de la pâleur de la résolution musculaire complète, des râles trachéaux : grande faiblesse de la respiration et de la circulation, le rétrécissement de la pupille, insensibilité de la cornée. On imploie tous les moyens pour améliorer cet état : respiration artificielle, éther et injections, pointes de feu à la région cardiaque, traction rythmée de la langue, électrisation du pharynx et du cœur, inhalation de nitrate d'amyle.

De temps en temps on remarque pendant quelques minutes un peu d'amélioration dans la respiration et la circulation.

Pendant ce temps on fait appeler le Dr Nauwelaers, et il constate que la potion a été prise tout entière, quand elle n'aurait dû l'être qu'à moitié.

On constate de la mucosité dans l'arrière-gorge, ce qui empêchait l'enfant de respirer. On pratique la trachéotomie et l'air expiré par la canule à l'odeur très caractéristique du bromoforme. On insuffle par la canule, et une très grande amélioration se produit dans la respiration et la circulation ; mais la résolution musculaire persiste. On administra de la caféine, qui produisit un bon effet. A deux heures du matin, on trouve la canule obstruée, l'enfant cyanosé, pâle, sans pouls.

L'autopsie montra : congestion légère du cerveau, injection de l'estomac et du duodénum surtout, augmentation du liquide bronchique.

L'intoxication dans ce cas semble attribuable à une trop grande quantité donnée en une seule fois : « la dernière dose a dû être considérable, c'est elle qu'il faut incriminer, et non les doses quotidiennes, puisque les deux jours précédents, le matin du jour où l'accident est arrivé, il n'y avait rien d'anormal ». Quant à la mort, l'auteur hésite à l'attribuer à l'intoxication, ou à l'asphyxie par obstruction de la canule.

OBSERVATION XX

Intoxication par le bromoforme, par M. Bœrger (*Münch. med. Woch*, 1896).

Dans cette étude l'auteur a rassemblé, outre deux observations personnelles, douze cas d'intoxication par le chloroforme. Il s'agit d'enfants, dont l'âge variait de trois mois à cinq ans et demi : la dose toxique a été de 15 à 20 gouttes jusqu'à six grammes.

Dans plusieurs cas les malades avaient pris du bromoforme depuis quelque temps déjà : aussi est-il possible qu'il y ait eu accumulation du médicament. En tout cas il est prudent de considérer comme dangereux de dépasser la dose de 20 à 30 gouttes, c'est-à-dire de 1 gramme.

OBSERVATION XXI

Empoisonnement par le bromoforme, par le Dr F. W. Burton-Fanning.

(*Brit. med. journ.*, 18 mai 1901).

L'auteur est appelé d'urgence près d'une fillette de neuf ans, qui depuis trois semaines avait la coqueluche. Elle

venait d'être prise de vertige, et quand elle s'asseyait sur son lit elle tombait de côté et d'autre. Une demi-heure plus tard collapsus, et son père la trouve sans pouls, inconsciente, avec dyspnée et myosis. Pâleur. L'enfant semblait moribonde. Son haleine sentait le bromoforme, et une heure avant, elle avait pris une cuillerée à dessert d'une mixture à base de bromoforme avec mucilage d'acacia et eau comme véhicules. C'était la dernière dose de la bouteille.

Vomissement spontané ; on fait une injection hypodermique de strychnine. Au bout de 2 heures l'enfant se réveilla, accusa quelques douleurs de ventre, eut des vomissements. Guérison.

Dans tous les cas observés par l'auteur, l'empoisonnement avait succédé à la dernière dose ; c'est le fond de la bouteille qui est dangereux. Le médicament étant très lourd tombe au fond du flacon. Il faut recommander de jeter la dernière dose, de ne jamais la faire prendre à l'enfant.

OBSERVATION XXII

Deux cas d'empoisonnement par le bromoforme. Guérison par le Dr C. E. Stokes.

(*Brit. med. journ.*, 26 mai 1900).

Plusieurs enfants dans la même maison, et à peu près du même âge, sont traités pour une coqueluche par le bromoforme : une demi-goutte trois fois par jour, en suspension dans un mucilage.

A minuit et demi, le médecin est appelé pour deux de ces enfants qu'il trouve inertes, inconscients, avec une haleine

exhalant le bromoforme. Chez l'aîné des enfants, âgé de quatre ans, la respiration est faible ; chez le plus jeune, âgé de deux ans, elle est stertoreuse. Dix minutes après, elle se suspend chez ce dernier ; on fait la respiration artificielle qui devient nécessaire, aussi, chez le plus grand. Injection hypodermique d'une demi cuiller à café de brandy, trois injections à quinze minutes d'intervalle d'un quart de milligramme chez celui-ci, d'un huitième chez celui-là. Deux ou trois lavages de l'estomac avec de l'eau chaude, ingestion de café noir.

Le plus jeune enfant commence à respirer spontanément après une heure et demie de respiration artificielle ; puis c'est le tour de l'aîné, qui pendant quelques heures resta prostré et stupide.

Suivant le récit de la garde, ces enfants avaient pris le médicament quatre heures avant, mais c'était le fond de la bouteille. Quoi qu'il en soit, la dose absorbée n'avait pu dépasser III à IV gouttes.

OBSERVATION XXIII

Intoxication par le Bromoforme.

In thèse Michaïlovitch, Paris 1895.

Schlieper (*in. Therap. Monenschrift,* 1894), ayant débuté par des doses trop élevées, a vu un enfant tomber dans un sommeil profond, entrecoupé de vomissements, et présenter une respiration extrêmement fréquente ; puis le petit malade revint à lui.

OBSERVATION XXIV

Muller (*in Montshaf. für praks Dermatol.*, 1893) a vu une éruption grave chez une fillette de 8 mois à qui un médecin a prescrit du bromoforme pour une légère bronchite ; cette éruption polymorphe, à tendance ulcéreuse, rappelait les manifestations cutanées du bromisme.

OBSERVATION XXV

Lœwenthal (*in Berliner Klinische Wochenschrift*, 1889) s'exprime ainsi : « Dans divers cas, il y eut de la lassitude et de la somnolence après chaque prise de bromoforme. Une seule fois les signes évidents d'intoxication ou de narcose se montrèrent. Il s'agissait d'un enfant de 15 mois. Auparavant il avait eu la bronchite et la rougeole. Il se met à tousser au commencement de mai, je prescris 5 grammes de bromoforme le 17, trois fois par jour 2 gouttes. Le 20 les 5 grammes sont épuisés, probablement parce qu'une trop grande quantité a été administrée : la mère prétend qu'une petite partie a été épanchée.

L'enfant semblait dormir profondément, la face était très pâle, cyanosée, la respiration imperceptible, le pouls à peine sensible, la pupille étroite comme la tête d'une épingle, immobile ; la cornée sensible. Les extrémités pendaient inertes. Aucune odeur rappelant le bromoforme ne se dégageait de la bouche. A l'auscultation, de brusques et profondes inspira-

tions; expiration faible. Les bruits du cœur presque imperceptibles. On injecte une demi-seringue d'éther. Immédiatement les traits de l'enfant se raniment, il se redresse, remue les pieds et les bras, la pupille se dilate. Après 5 minutes de ce bon état, de nouveau profond sommeil. Nouvelle demi-seringue d'éther. Mêmes effets. A l'examen minutieux de tout le thorax on découvre une pneumonie débutant à la partie postérieure du lobe droit. La pneumonie céda après cinq jours. Sa coqueluche fut traitée dans la suite avec succès par le bromoforne.

OBSERVATION XXVI

C. W. Déan (*The Lancet*, 1893).

Le 19 avril, on administre à une fillette de 4 ans une mixture contenant environ 3 gr. 60 de bromoforme ; selon la prescription on devait donner 0,25 toutes les 3 heures. La bouteille produisit les bons effets habituels et la mixture fut rejetée le 22.

Le 28 je fus appelé en toute hâte auprès de l'enfant, et à mon arrivée je le trouve tout à fait insensible, et je trouve les symptômes de l'empoisonnement. En questionnant la mère, j'appris qu'on n'a pas fait attention à secouer la bouteille, et on avait donné une demi-heure avant mon arrivée ce qui restait dans la bouteille ; j'estime qu'il y avait au fond de 1 gramme à 1 gr.20 de bromoforme. J'employai le lavage de l'estomac, bains chauds sinapisés, frictions, caféine, et je réussis à réveiller l'enfant : je lui fis une injection d'apomorphine (qui agit très rapidement), et j'appliquai aussi le courant

électrique. L'enfant peu à peu revint à lui et ne se ressentit pas de cet accident.

Intoxication par le bromoforme.
In thèse de Charpentier, 1898.

Dans 8 cas sur 20 coqueluches que nous avons traitées par le bromoforme à doses progressivement croissantes, nous avons observé des effets hypnotiques. Cette somnolence passagère, un peu inquiétante, a été observée chez un enfant de 20 mois, qui prenait XLVIII gouttes de bromoforme ; chez un enfant de 3 ans 1/2 qui prenait XLV gouttes; chez un enfant de quatre ans 1/2 qui en prenait LVI gouttes ; chez un enfant de 5 ans, qui en prenait C gouttes ; et un de 7 ans, LXV gouttes.

Des accidents plus graves ont été observés dans les conditions suivantes :

OBSERVATION XXVII

Enfant de six ans, ayant commencé à prendre du bromoforme le 19 juillet. Dans la journée du 28 juillet il en prend LXXIII gouttes, et présente un peu de somnolence. Le lendemain, cet état n'ayant pas continué, on se contente de ne pas augmenter la dose, et on laisse les jours suivants le même nombre de gouttes. Le 2 août, assez brusquement, l'enfant s'endort profondément ; on a beau le lever, le remuer, lui parler, on n'arrive à le tirer de sa torpeur que

pour lui faire prendre quelque nourriture. Le 3 août, on cesse complétement le médicament et les accidents disparaissent rapidement.

OBSERVATION XXVIII

Enfant de 3 ans, prenant du bromoforme depuis 19 jours. Le 7 août dans la journée, il s'endort à l'improviste. On essaye de le faire marcher, mais il lui est presque impossible de se tenir debout. Il présente en outre un peu de strabisme et de pâleur de la face. Au bout d'une demi-heure, ces accidents disparaissent.

OBSERVATION XXIX

Enfant de 3 ans, prenant du bromoforme depuis seize jours. Le 6 novembre la dose est de LVIII gouttes. A cinq heures de l'après-midi, au moment où l'enfant mange sa soupe, il tombe tout à coup sur son assiette et s'endort. Il reste en cet état jusqu'à 8 heures du soir.

L'auteur termine en disant : « Ce qui nous a frappé dans ces intoxications c'est la soudaineté avec laquelle apparaissent les premiers symptômes. L'enfant tombe subitement endormi sur son lit, sans que rien, quelques minutes auparavant, le fasse prévoir. Dans un cas, il y a bien eu, quelques jours avant, un peu de somnolence ; les deux autres fois les accidents sont survenus complétement à l'improviste.

CANTHARIDE

OBSERVATION XXX

Dangers du vésicatoire chez l'enfant. Pseudo-méningite cantharidienne chez un garçon de quatre ans, par J. Comby et Frænkel (*Société médicale des hôpitaux*, 6 novembre 1896).

Jules Aub..., âgé de quatre ans, est reçu le 18 octobre, à l'hôpital Trousseau, salle Barrier. Le père, bien portant; ancien rhumatisant ; la mère se porte bien ; un enfant de trois mois en bonne santé.

L'enfant est né à terme ; a été élevé au sein jusqu'à dix-huit mois, mais il a commencé à manger comme ses parents à partir de l'âge de dix mois ; a marché à deux ans. Première dent à dix mois.

Rien d'anormal jusqu'à trois ans et demi ; a eu la rougeole, dont il a bien guéri, à cette époque.

Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, le 14 octobre, l'enfant se met à tousser, et un médecin consulté a ordonné d'appliquer deux vésicatoires, l'un en avant, l'autre en arrière de la poitrine ; les vésicatoires ont été laissés en place pendant quatre heures.

Dès le lendemain, l'état général de l'enfant, au lieu de s'améliorer, devient de plus en plus mauvais ; l'enfant est agité, crie continuellement, et se plaint de la tête. Les jours suivants son état ne s'améliore guère, et c'est dans ces conditions que l'enfant nous est amené à l'hôpital, avec un certificat de la part du médecin, qui porte le diagnostic de méningite.

Le 18 octobre, le jour de son entrée, l'enfant est très abattu ; il ne prête attention à rien de ce qui se passe autour de lui ; la somnolence est continuelle, et il n'en sort que pour pousser des gémissements ou pour prononcer des paroles incohérentes.

Il est couché sur le dos, la face est plutôt congestionnée ; le regard terne et inquiet, les pupilles inégalement dilatées.

Le pouls est rapide et très petit, la respiration régulière, le ventre normal ; la température du soir 39°3. Il se défend au moindre attouchement, mais il n'existe pas de troubles de la sensibilité.

A chaque instant il porte la main à la tête, dont il continue à souffrir, depuis 24 heures, il n'a pas été à la selle, et malgré un lavement qui lui a été donné, il n'a rien rendu du tout. Il n'urine pas, et le cathétérisme ramène une quinzaine de grammes environ d'urine claire et albumineuse.

On constate une faible raideur de la nuque.

L'examen de la poitrine nous fait voir l'existence de deux larges plaies non complétement cicatrisées, consécutives aux vésicatoires, et mesurant l'une, dans le dos, 15 centimètres de long sur 8 de large ; celle de devant 8 centimètres de long sur 5 de large.

Le scrotum est œdématié dans son ensemble ; rien de spécial aux membres inférieurs.

Rien à l'auscultation de la poitrine.

La langue est sèche, rôtie ; il en est de même des lèvres et du fond de la gorge. On lui fait appliquer deux ventouses scarifiées au niveau de chaque région lombaire, lavement froid matin et soir. On lui fait avaler le plus de lait possible.

Le lendemain de notre examen, l'état est presque le même. La constipation et l'anurie persistent; un nouveau cathétérisme ne ramène rien. La température marque 38°4 le matin, 38°8 le soir.

Le 20 octobre. — L'enfant a été à la selle, il a uriné un peu au lit, l'abattement est moindre, mais il délire toujours un peu.

La température marque 38°3 le matin, 39°3 le soir. L'état reste à peu près le même, la température oscillant entre 38 et 39° ; les urines toujours très rares, et légèrement albumineuses jusqu'au 20 octobre.

Le 27 octobre. — Plus d'albumine : la raideur de la nuque, de même que la constipation et l'anurie, ont disparu (il urine toujours au lit, il a un phimosis congénital) ; l'enfant cause et prête attention à ce qu'on lui dit. La température 37°5 le matin, 37°3 le soir.

Le 30 octobre. — L'enfant est complétement remis, il joue, urine bien, et va à la selle.

Le 31 octobre. — Demande à manger; la température oscille toujours un peu autour de 37° ; mais la guérison est acquise.

L'anurie constatée chez cet enfant consécutivement à l'application des vésicatoires, n'est pas le seul accident du même genre que nous ayons observé. Cette année même, au mois de juin, nous recevions dans nos salles un garçon de quatorze ans et demi, parvenu au cinquième jour d'une pneumonie de la base gauche, traité en ville par deux grands vésicatoires dont les plaies étaient à vif. Cet enfant agité, délirant, avait de la rétention d'urine ; par le cathétérisme nous retirâmes 1250 grammes d'urine fortement albu-

mineuse. L'enfant mourut le soir même ; et à l'autopsie nous trouvâmes, outre l'hépatisation pulmonaire, une méningite à pneumocoques, que les vésicatoires certes n'avaient pas provoquée, mais qu'ils n'avaient pas empêchée. L'anurie et l'albuminurie étaient sans doute imputables à l'intoxication cantharidienne, d'autant plus que les bassinets et la vessie étaient rouges et irrités.

Intoxications et accidents produits par les vésicatoires. Comby. *Médecine moderne*, 18 avril 1896.

Dans un article sur le vésicatoire chez les enfants, l'auteur dit : « Je suis effrayé de l'insouciance, pour ne pas dire de la cruauté avec laquelle, on prescrit le vésicatoire dans la première enfance. Sans avoir égard à l'âge, à la faiblesse, aux contre-indications, certains médecins n'hésitent pas à couvrir de plaies vésicantes étendues de pauvres petits êtres, qui loin d'en éprouver du soulagement, souffrent de cette médication barbare. Il cite un cas d'Archambault concernant un enfant de six mois, auquel pour un rhume léger, un médecin « de premier ordre » avait fait appliquer, en arrière de la poitrine, un large vésicatoire, qui resta 12 heures en place, et qui amena de la fièvre, de l'agitation, sans compter la plaie qui dura bien plus longtemps que la maladie qu'on avait voulu traiter si énergiquement.

Puis, il rapporte un certain nombre de cas personnels :

OBSERVATION XXXI

J'ai vu une fillette de deux ans, atteinte de broncho-pneumonie consécutive à la rougeole et traitée par l'application

coup sur coup, en 24 heures, de deux vésicatoires. Le dernier, grand comme la main, avait été appliqué pendant « six heures » dans la fosse sous-épineuse. Quinze jours après, l'enfant plongé dans un état cachectique, portait à ce niveau une plaie horrible, gangréneuse, diphtéroïde, qui a entraîné la mort.

OBSERVATION XXXII

J'ai vu une fillette de cinq mois qui pour une bronchite avait reçu sur le dos deux vésicatoires et un troisième sur le côté gauche. Ces vésicatoires n'étaient restés en place que trois heures ; et cependant des plaies non cicatrisées de la révulsion était partie une éruption d'ecthyma qui avait gagné jusqu'aux lombes et aux épaules.

OBSERVATION XXXIII

Le docteur Milon a vu une fillette de 9 mois atteinte de bronchite depuis 8 jours, et traitée par un vésicatoire de 5 centimètres sur la région dorsale gauche.

Quoique le vésicatoire ne fût resté en place que 2 heures, l'enfant présenta une plaie profonde bordée par un œdème inflammatoire. L'enfant est dans le marasme, elle meurt trois jours après.

OBSERVATION XXXIV

Une fillette de 5 ans m'est conduite, le 28 décembre 1832, pour des plaies du cuir chevelu persistant depuis

six mois, sans aboutir à la cicatrisation. Outre les plaies fongueuses et bourgeonnantes, il existe, séparées par des touffes de cheveux, de nombreuses cicatrices glabres et indélébiles avec alopécie définitive. Tout cela résultait d'un large vésicatoire, appliqué six mois auparavant pour des accidents méningitiques, sur la tête rasée.

OBSERVATION XXXV

Une fillette de 2 ans, que je voyais le 24 mars 1893, avait fait avec sa mère un court séjour dans une crèche d'hôpital, au mois de juillet 1892. Le médecin avait prescrit, pour une bronchite dont l'enfant souffrait, un vésicatoire qui ne devait rester appliqué que pendant quatre heures. Ce vésicatoire, ayant été posé à huit heures du matin, ne fut enlevé par oubli qu'à dix heures du soir. Il en résulta une plaie étendue et profonde, qui persistait encore après 8 mois sous forme d'ulcération arrondie, bourgeonnante, de la largeur d'une pièce de 5 francs.

OSERVATION XXXVI

Netter a cité un cas de septicémie mortelle consécutive à un vésicatoire (Société clinique, 1885). Une fillette de cinq ans entre à l'hôpital Trousseau, avec un état typhoïde (40°), et une hémiplégie gauche. Elle porte sur le dos une plaie de vésicatoire ayant mauvais aspect : elle meurt. A l'autopsie, on trouve un embolus microbien dans la sylvienne droite.

COCAINE

OBSERVATION XXXVII

Intoxications par la cocaïne

In thèse de Bour, 1901.

M. Lagrange. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1893. Dose : vingt-cinq milligrammes.

Enfant strabique, venait d'être opéré d'une strabotomie avec anesthésie cocaïnique sans accidents. Quatre jours après on fait une suture conjonctivale, et à cet effet une instillation entre les paupières de dix gouttes de même solution titrée à 0 gr. 50 pour 10 grammes d'eau. Aucun accident pendant l'opération. Vingt minutes après pâleur, syncope. Pouls imperceptible. Peu à peu les phénomènes s'amendent et disparaissent.

OBSERVATION XXXVIII

Duany-Soler. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1891. Dose : vingt-cinq centigrammes.

Enfant de 14 ans, angine catarrhale. On prescrit des pastilles de cocaïne à 1 milligramme chaque, de 4 à 6 par 24 heures, des attouchements avec une solution de cocaïne au centième, et instillation dans l'oreille de quelques gouttes de cette même solution. L'enfant avait pris, au bout de trois heures, 4 pastilles de cocaïne, et l'on avait employé 25 gram-

mes de la solution. Il présentait alors une excitation cérébrale intense (loquacité et agitation) des pupilles dilatées : la gorge était sèche, il y avait de l'engourdissement des membres, une céphalalgie violente, température 38°. On cesse la cocaïne, lavement avec 2 grammes de bromure, l'agitation persista encore pendant trois heures, puis l'enfant s'endormit. Le lendemain pupilles encore dilatées et vertiges. La convalescence dura une semaine.

OBSERVATION XXXIX

Haynes. *Med. News. Philad.*, 1894.

Enfant de deux ans et demi. Avant de le sonder injection de cocaïne dans l'urèthre (quantité non déterminée) : convulsions, tremblement. L'enfant meurt en trois jours.

OBSERVATION LX

Trzebickg. *Wiener med. Woch.* Dose : cinq centigrammes.

Enfant de deux ans et demi. Occlusion intestinale que l'on va opérer : on injecte sous la peau une seringue de cocaïne à 5 o/o en quatre places différentes. L'entérotomie alla bien, mais l'enfant fut pris un peu plus tard d'excitation, de convulsions cloniques, strabisme convergent, pouls filiforme, syncope. Ces symptômes durèrent huit heures.

CHLOROFORME

OBSERVATION XLI

Mort d'un enfant de six mois par le chloroforme, par le Dr Briquet. *Lyon médical*, 1894.

Je donne le chloroforme (chloroforme Adrian non débouché) à doses très faibles, quatre ou cinq gouttes, sur un mouchoir de poche. L'enfant en respire quelques bouffées ; il se débat un peu. Je renouvelle une première fois la dose, puis une seconde et l'enfant paraît s'endormir naturellement ; le pouls est excellent. Le Dr Clérigié commence l'opération, mais à peine a-t-il fait une incision que l'enfant se cyanose, le pouls disparaît. Je cesse immédiatement le chloroforme pour ne plus le reprendre, et je pratique aussitôt la respiration artificielle. L'enfant fait trois ou quatre inspirations profondes ; ses lèvres redeviennent roses, les battements du cœur reparaissent, il paraît sauvé, et nous ne pensions n'avoir eu affaire qu'à une de ces alertes, qui ne sont pas rares dans la chloroformisation. Quand, avant même que l'opération ait été reprise, la cyanose apparaît de nouveau : nous portons l'enfant au grand air, nouvelle inspiration moins profonde. J'avais préparé, avant d'endormir l'enfant, une pince à forcipressure ; je m'en sers de suite pour bien saisir la langue, et je commence classiquement le procédé des tractions rythmées de Laborde, que je continue pendant quarante minutes sans aucune interruption. Mon confrère pendant ce

temps pratique alternativement la respiration artificielle, les frictions sèches, plusieurs piqûres d'éther, la flagellation, et comme dernière tentative, la méthode des bains chauds, et froids, qui donne de si bons résultats quand il s'agit de rappeler à la vie les nouveau-nés. Nous n'avons rien obtenu par ces différents procédés.

OBSERVATION XLII

Mort sous le chloroforne, par Charles W. Cathcart. (*British. med. Journal*, 1899, page 468.

A... L..., âgée de 11 ans, semblant jouir d'une bonne santé, entra à l'hôpital pour qu'on lui fît l'ablation d'un polype rectal. On fit les préparatifs habituels pour l'anesthésie, et la veille de l'opération on avait remarqué que les bruits du cœur étaient normaux, sauf qu'il y avait un dédoublement du second bruit dans la région mitrale.

Le 10 février on lui administra le chloroforme au moyen d'une serviette repliée, sur laquelle on faisait tomber le médicament goutte à goutte. L'inhalation du chloroforne fut faite progressivement : la serviette était au début tenue à une certaine distance parce que la fillette était un peu nerveuse. Au bout de 5 minutes l'anesthésie paraissait complète. Je l'examinai, et ne voyant rien d'anormal, je la fis placer dans la position périnéale, et commençai à pincer le périnée. Elle regimba, et on lui fit respirer trois ou quatre bouffées de chloroforme, puis on ne lui en donna pas davantage.

Lorsque le périnée eut été distendu, et que le polype eut été tiré au dehors, l'aide remarqua que sa respiration était

irrégulière et spasmodique, et qu'il y avait un peu de bruit laryngé. On attira le menton en bas, et comme la respiration semblait reprendre son rythme normal, je fis la ligature, du pédicule du polype et l'excisai. Tout cela prit environ une minute, et pendant ce temps la respiration recommença à être irrégulière, quoiqu'il n'y eut aucun obstacle dans les voies respiratoires. La face était pâle, les pupilles dilatées, le pouls imperceptible, et les muscles en état de relâchement. On abaissa la partie supérieure de la table d'opération, et on fit la respiration artificielle pendant environ trois quarts d'heure. On fit des injections de strychnine, des applications de linge chaud sur la région du cœur, et comme dernière ressource on aspira, du ventricule droit, environ une once de sang, mais tout cela sans aucun résultat.

La face d'abord pâle, prit bientôt une teinte livide, néanmoins les veines de la base du cou ne furent jamais distendues. Une fois ou deux, comme on interrompait la respiration artificielle pendant quelques secondes, on vit que les mouvements respiratoires semblaient se produire : mais ce ne fut que de courte durée, et on dut recommencer la respiration artificielle. Ces mouvements volontaires devinrent peu à peu de moins en moins perceptibles. On vit deux ou trois soupirs spasmodiques et la vie cessa tout à fait. Une ou deux fois, la face se colora un peu, les pupilles se contractèrent légèrement, mais cette amélioration disparut rapidement. Le pouls ne se rétablit jamais. Toute cette série de phénomènes ne dura pas plus de dix minutes ; malheureusement on ne put faire l'autopsie.

Je suis convaincu que dans ce cas le cœur s'est

arrêté avant la respiration, et j'ai rapporté tout ce que l'on a observé afin que l'on puisse savoir sur quelles bases cette conviction est fondée. J'ajouterai que le chloroforme avait été administré très soigneusement. On s'était servi du même flacon de chloroforme dans deux opérations, sur des enfants, immédiatement auparavant : chaque opération avait duré une demi-heure et l'anesthésie n'avait donné lieu à rien d'anormal.

OBSERVATION XLIII

Cas de mort sous le chloroforme, par Al. Wilson. (*The Lancet* 1898).

Ce cas malheureux appartient à cette catégorie d'accidents dus au chloroforme dans lesquels la respiration continue longtemps après que le pouls a cessé de battre.

Les premiers signes révélateurs du danger sont la pâleur de la face, et la faiblesse du pouls. Au lieu d'une paralysie de la respiration, il y a au contraire une augmentation trompeuse dans la fréquence et l'ampleur des mouvements respiratoires, suivie d'efforts désordonnés qui cessent eux-mêmes graduellement. Le point important est que la respiration persiste à un moment où on ne sent déjà plus le pouls, et où la circulation est déjà frappée sans retour possible.

Un garçon de 15 ans, était anesthésié au chloroforme pour l'extraction d'un métatarsien. Pendant la période d'excitation, on avait déjà écarté la compresse parce que la respiration était laborieuse. Soudain, le patient commença à respi-

rer profondément et devint pâle, les pupilles étaient largement dilatées, et le pouls ne se sentait plus. La tête de l'enfant fut aussitôt mise en bas, la langue fixée hors de la bouche, et la respiration artificielle mise en œuvre vigoureusement. Appelé à ce moment, je vis l'enfant sur le dos, la tête et la poitrine pendant hors du lit. Les joues et les lèvres étaient d'une belle couleur rose, qui reparaissait lentement après compression beaucoup plus lentement que si elle avait été due à une circulation vigoureuse du sang. Les pupilles étaient un peu contractées, pas de réflexes cornéens. Tension oculaire normale. Pouls insensible à la faciale, à la temporale et aux carotides.

Le malade respirait profondément, par intervalles de 4 à 5 secondes, et l'air entrait librement dans la poitrine. Des éponges chaudes furent appliquées à la région du cœur ; un lavement copieux d'eau alcoolisée chaude fut administré. La respiration devint plus embarrassée et plus superficielle ; et bientôt ne se fit plus que par soubresauts irréguliers, puis elle cessa.

La teinte rosée, qui couvrait la face quand la tête était renversée, disparaissait presque entièrement quand elle était relevée ; elle allait en s'atténuant et fit bientôt place à une paleur cadavérique. Les pupilles étaient largement dilatées ; l'enfant était mort. L'autopsie ne révéla rien sur les causes de la mort.

Dans ce cas, il n'y avait aucun signe de paralysie respiratoire, à proprement parler. La respiration persista longtemps après la cessation du pouls, jusqu'à épuisement du centre respiratoire, comme il arrive dans les hémorrhagies ou tout arrêt soudain

de la circulation. L'accident primitif a été, à n'en pas douter, une paralysie des centres vaso-moteurs. Le point de pratique à retenir est que, dans ce cas, le danger est annoncé par la pâleur ou la lividité de la face, et les changements dans le pouls. Celui-ci devient mou, s'accélère, puis tombe soudain, ne bat plus que lentement et irrégulièrement.

La respiration ne s'accélère qu'à une période relativement avancée et quand il n'y a plus guére d'espoir ; c'est donc aux caractères du pouls qu'il faut fixer toute son attention pour éviter de pareils accidents.

OBSERVATION XLIV

Mort par chloroforme, par le Dr Mac-Cardic.

(*Brit. med. journ.*, 5 février 1898).

Le 15 décembre 1897, une fillette de cinq ans, soignée à l'hôpital général de Birmingham est apportée à l'amphithéâtre pour être opérée d'hypertrophie amygdalienne et de végétations adénoïdes. C'est un sujet délicat, mais sans symptômes cardio-pulmonaires. Elle aurait eu il y a quelques mois une pleurésie. L'enfant étant couchée sur le dos, on donne le chloroforme avec un masque d'abord, puis avec une flanelle. Le pouls et la respiration étaient bons. Les amgydales sont enlevées et l'enfant commençant à se réveiller, on donne un peu plus de chloroforme pour l'extraction des végétations adénoïdes. Après une ou deux fortes respirations, ses yeux

deviennent fixes, la respiration cesse, le pouls s'arrête. On renverse l'enfant en dehors de la table, on fait la respiration artificielle pendant 25 minutes, l'air entrant librement dans les poumons. On fait une injection sous-cutanée de strychnine. Pendant la respiration artificielle, on nota deux soupirs à quelques minutes d'intervalle. A aucun moment il n'y eut obstruction des voies respiratoires, car la gorge fut tenue libre de sang et l'air eut toujours libre accès dans les poumons. A l'autopsie, on constata quelques adhérences de la plèvre gauche. Le sang était fluide, le cœur droit plutôt dilaté. La trachée contenait très peu de sang.

DIGITALE

OBSERVATION XLV

Empoisonnement par la digitale chez l'enfant, par H. Koplik. *New-York. med. journ.*, 8 février 1896.

Dans un cas de néphrite scarlatineuse et un autre de broncho-pneumonie chez des enfants de 3 et de 6 ans l'auteur a observé, après l'administration de digitale à dose un peu élevée, l'apparition de l'arythmie cardiaque avec ralentissement du pouls qui était tombé de 120 pulsations à 64 dans le premier cas et de 130 à 60 dans le second. Les autres phénomènes notés en même temps ont été un abaissement de la température, un ralentissement de la respiration, des nausées, des vomissements. L'action du cœur ne redevint régulière que plusieurs jours après la suppression de la digitale.

En rapportant ces deux cas l'auteur insiste sur ce fait que

chez les enfants la digitale ne doit jamais être administrée à hautes doses, d'autant moins que d'après ses observations personnelles, les enfants présentaient une certaine idiosyncrasie pour ce médicament.

GLYCÉRINE

OBSERVATION XLVI

Deux cas d'intoxication par la glycérine, par Antichiévich. *Arch. f. Kinderheilk.*, 1896, volume XX.

Dans les deux cas observés par l'auteur, il s'agit d'injections intra-articulaires de glycérine iodoformée (20 cmc. d'une solution à 10 o/o faites à un garçon de 8 ans et à un autre de 11 ans, atteints l'un d'une coxite, l'autre d'une tumeur blanche du genou. Les phénomènes observés après l'injection sont mis par l'auteur, d'accord en cela avec Schellemberg, sur le compte de la glycérine (et non pas de l'iodoforme). Cette façon d'interpréter les faits semble justifiée par ce fait que chez le second enfant on avait refait ces injections avec de l'huile d'olive iodoformée à 18 o/o sans qu'il fut survenu des phénomènes d'intoxication. Ces phénomènes ont consisté essentiellement en une néphrite hémorrhagique avec fièvre, qui disparut au bout de 3 ou 4 jours. L'urine était rouge, contenait des hématies, de l'hémoglobine, de l'albumine et des cylindres hyalins. Sous l'influence du régime lacté, tous ces phénomènes ont disparu en quelques jours.

IODE

OBSERVATION XLVII

Intoxication par l'usage prolongé du coton iodé, par le Dr Quintia-Lamothe. Thèse de Bordeaux, 1899.

Nous possédons une observation bien curieuse de mort, certainement due à l'usage immodéré et trop longtemps prolongé du coton iodé. C'était chez un enfant atteint de broncho-pneumonie de moyenne intensité. Le médecin traitant avait eu la malencontreuse idée de couvrir toute la poitrine, devant et derrière, de ce coton enfermé sous de la gutta-percha laminée. Les urines se firent rares, l'albumine apparut, et le patient succomba très promptement à l'urémie.

IODOFORME

OBSERVATION XLVIII

Intoxication iodoformée chez un enfant de deux semaines, par M. Josephson, de Baltimore (*Medical Record*, 1900).

Un enfant circoncis il y avait six jours, fut amené à M. Josephson (de Baltimore), le lendemain du jour où l'opérateur, voulant hâter la cicatrisation d'une plaie qui ne se fermait pas, avait employé « une poudre jaune ».

L'enfant était dans le coma, cyanosé, dyspnéique, avec du

spasme laryngé, les pupilles punctiformes. Il répandait autour de lui une forte odeur d'iodoforme. La surface de section était encore saignante ; la face inférieure du pénis, le scrotum et la partie interne des deux cuisses étaient le siége d'une éruption eczématiforme. Considérant l'état comme désespéré, M. Josephson se retire sans prescrire de traitement. Il fut rappelé une heure plus tard, les parents réclamant que l'on fît « tout de même quelque chose » pour leur enfant.

Comme les symptômes rappelaient ceux de l'intoxication par l'opium, l'idée de l'emploi de la belladone vint tout naturellement à l'esprit du médecin, qui prescrivit une goutte de teinture de belladone toutes les heures et des bains sinapisés.

Le lendemain matin, à sa grande surprise, le praticien trouva l'enfant presque rétabli. Il ne lui restait plus que de la somnolence, les pupilles étaient dilatées par l'atropine. Depuis la guérison s'est confirmée.

MERCURE

OBSERVATION XLIX

Intoxication par le sublimé, consécutive à la ponction d'un kyste hydatique du foie, par M. Felizet. Société de chirurgie, 22 février 1893.

J'ai le devoir de porter à votre connaissance un fait malheureux, une catastrophe chirurgicale.

Il s'agit d'un enfant de cinq ans. G... G..., entre dans mon service le 5 février dernier, salle Dolbeau, 22 *bis*. pour deux gros kystes hydatiques de la face convexe du foie. C'était un

enfant bien portant et parfaitement conformé. Je l'ai opéré le 16 février, à onze heures ; il est mort quatre heures après.

J'ai eu déjà huit fois affaire aux kystes hydatiques. Les cinq premiers appartenaient à des adultes. J'ai fait usage d'abord, à l'exemple de mes premiers maîtres, de la méthode de Récamier : je lui ai dû deux succès. Plus tard, j'ai eu recours à la laparotomie. J'ouvrais la paroi, je fixais le foie au péritoine pariétal, et comme je n'ai pas le don des audaces, j'attendais trois jours avant d'ouvrir le kyste. J'ai guéri ainsi trois malades adultes. Quand j'ai pris le service de la chirurgie infantile de Tenon, ce que je savais de l'anatomie des kystes hydatiques, de leurs rapports avec le tissu hépatique, de leur développement rapide, de l'unité générale de leur poche sans vésicules filles, de la souplesse du tissu hépatique propice aux rétractions rapides, tout cela m'engagea à changer ma manière de faire.

J'eus l'idée de recourir à la ponction suivie de l'injection de sublimé. En 1890 et 1891, j'opérai aussi deux enfants, et la guérison se produisit avec une simplicité qui m'encouragea. Un de ces enfants était en état, vingt-cinq jours après, de subir l'opération radicale d'une hernie.

Je crus devoir appliquer à mon dernier petit malade une méthode que j'avais éprouvée simple et efficace. Je viens vous déclarer que j'ai eu tort et que les deux succès dont j'étais assez fier étaient immérités. Dans mon opération dernière, la ponction du plus gros des deux kystes donna

issue à environ 330 grammes de liquide parfaitement clair et homogène. L'injection avec l'appareil Potain chassa facilement 250 grammes de liqueur de Van Swieten glycérinée, et je me proposais d'attendre cinq minutes.

L'enfant était chloroformé. Avant les cinq minutes, il fut pris de nausées, et sous l'influence de ses efforts, je sentis la tumeur fondre en partie sous ma main. Je hâtai l'aspiration : l'aspiration n'amena que dix grammes de liquide. Je multipliai les tentatives pour dégorger le trocart, car je ne savais pas si quelque hydatide libre ne le bouchait pas.

Rien ne sortit. Je refermai la plaie. Je prescrivis de faire prendre, par la voie rectale, un contre-poison au sublimé. L'enfant se réveilla, accusa une douleur atroce dans le ventre, il fut pris de refroidissement, pouls misérable, face pâle, pupilles dilatées. En même temps une diarrhée abondante apparaissait. A trois heures, il succombait.

L'autopsie pratiquée avec le plus grand soin par mon interne, M. Haron, montra que la plaie faite par le trocart était large, fissurée, sans tendance à la rétraction et que le péritoine était rouge, velouté et soulevé partout par de l'œdème.

La vessie était absolument vide ; entre l'opération et la mort l'enfant elle n'avait pas sécrété une goutte d'urine.

Il est évident que la laparotomie, que je voulais pratiquer et que les événements ne m'ont pas laissé le temps de mettre à exécution, n'aurait servi à rien.

NAPHTOL B.

OBSERVATION L

Accidents du pansement au naphtol B, par Batz (*Central. f. innere*, septembre 1894).

L'auteur rapporte deux observations de néphrite chez des enfants traités par des onctions avec la pommade naphtolée, ces onctions ayant déterminé l'absorption de trois à quatre grammes du médicament.

L'un de ces enfants accusait de la faiblesse des membres inférieurs, de l'albuminurie et une éruption impétigineuse. L'autre accusa des douleurs abdominales, une éruption impétigineuse sur la jambe et de l'albuminurie. Il eut une broncho-pneumonie et succomba. A l'autopsie on constata une néphrite.

Cette néphrite et ces accidents seraient dus, d'après l'auteur, à l'emploi du naphtol B.

NAPHTOL CAMPHRÉ

OBSERVATION LI

Intoxication par le naphtol camphré, par Linding. Larsen. (*Norsk. Magazin. for lagevidenskaben. Christiania*, 1900).

Une fille de 12 ans était atteinte de tumeur blanche de l'articulation du pied. On lui injecte, le 8 février 1900, *cinq centimètres cubes* de naphtol camphré dans l'articulation, sans résultat fâcheux. Nouvelle injection de 4 centimètres

cubes après huit jours ; mais aussitôt apparition de crampes épileptiformes, de délire, cyanose, œdème pulmonaire avec pouls petit et misérable. L'air expiré eut, deux minutes après l'injection, une forte odeur de camphre. Les crampes et le délire disparurent après dix minutes, mais les symptômes d'affaiblissement cérébral se maintinrent dans toute leur force pour ne disparaître entièrement qu'au bout de plusieurs jours.

OBSERVATION LII

Deux cas d'intoxication par le naphtol camphré, par M. le Dr Ménard de Berck.

Rapport de M. Kirmisson à la Société de chirurgie.
5 juillet 1893.

La première observation est relative à un enfant de 8 ans atteint de coxalgie avec abcès fémoral volumineux. Après l'évacuation de 250 grammes de pus environ, et lavage de la poche à l'eau boriquée, on laissa dans son intérieur 50 grammes de naphtol camphré.

La ponction était faite à quatre heures du soir. Aucun accident anormal ne se produit immédiatement après l'opération ; mais le lendemain, à dix heures du matin, soit au bout de dix-huit heures, le malade pâlit, perd connaissance en quelques minutes et est pris d'une attaque épileptiforme qui dure environ trois quarts d'heure. Les deux membres du côté gauche, et la moitié gauche de la face sont le siége de secousses violentes et spasmodiques qui se reproduisent toutes les deux, trois ou cinq secondes. Les deux yeux sont eux-mêmes tournés sur le côté gauche. Deux heures plus tard se

montre une nouvelle crise plus violente que la première ; cette fois l'idée d'une intoxication nous paraît s'imposer, dit M. Ménard ; en conséquence, la collection est immédiatement incisée, lavée avec soin et drainée. Au bout d'une demi-heure les accidents cessent définitivement sans laisser aucune trace, si ce n'est une courbature passagère.

OBSERVATION LIII

La deuxième observation de M. Ménard a trait à un garçon de 12 ans présentant un mal de Pott lombaire avec volumineux abcès fessier. Déjà une injection de naphtol camphré avait été faite chez lui dans un abcès de la fosse iliaque, et n'avait provoqué aucun accident. L'abcès fessier est de même ponctionné, et l'on y laisse 20 grammes de naphtol camphré.

Les accidents commencent au bout de quarante minutes environ. Un de mes internes, dit M. Ménard, arrivé au moment où une attaque épileptiforme, qui durait depuis quelques minutes semble se calmer, ne pense pas qu'il y ait un danger sérieux. Mais à peine s'est-il éloigné que les convulsions épileptiformes, unilatérales comme dans le premier cas, recommencent avec plus de violence et se prolongent jusqu'au moment de la mort qui arrive deux heures environ après l'opération.

Le naphtol camphré qui avait servi à l'injection, de même que l'acide borique avec lequel on avait lavé la poche ont été analysés, et l'on n'y a rien trouvé d'anormal. Du reste, ce même jour, le même acide borique et le même naphtol cam-

phré ont servi à faire des injections chez deux autres malades qui n'ont éprouvé aucun accident.

L'autopsie a été faite et a prouvé que le naphtol camphré n'avait pas pénétré jusqu'à la partie supérieure du trajet suppurant, et n'était pas arrivé au contact de la moelle ; il n'y avait donc pas excitation directe du système nerveux central par cette voie.

OBSERVATION LIV

Danger des injections de naphtol camphré dans les cavités séreuses. Un cas de mort chez un enfant, par Netter, (Société médicale des hôpitaux, 10 mai 1895).

Il s'agissait d'une fillette de sept ans dont le père toussait beaucoup et est vraisemblablement tuberculeux. Elle-même toussait depuis l'âge de quatre ans. Un mois avant son entrée à l'hôpital, au milieu du mois de septembre, on constata que son ventre augmentait de volume et cette augmentation n'a cessé de faire du progrès. Il y avait des alternatives de diarrhée et de constipation.

M. Moizard porta le jour de l'entrée, le 24 octobre, le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

Au moment où M. Netter prit le service, il fut frappé par divers détails. Les conjonctives sont légérement subictériques, et le teint général est jaunâtre. Le foie est facilement perceptible. Il déborde de trois travers de doigt au-dessous du rebord costal. L'augmentation est uniforme. En déprimant brusquement la paroi, on est arrêté par la surface hépatique, lisse et très résistante. Le foie est manifestement hypertrophié et scléreux. L'ascite est libre. L'enfant présente de

la bronchite généralisée, de la submatité à la base droite et à ce niveau des râles humides beaucoup plus nombreux que partout ailleurs.

Pour toutes ces raisons, M. Netter, sans rejeter absolument l'hypothèse de péritonite tuberculeuse, croit plutôt à une cirrhose hépatique.

L'enfant reste à l'hôpital jusqu'au mois de mars suivant : pendant ce temps elle a maigri, il y a des signes stéthoscopiques plus nets au sommet droit ; le liquide a augmenté de volume et l'ascite cause maintenant une gêne notable de la respiration. « M. Jalaguier consulté croit qu'il s'agit d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique, qui lui paraît très favorable à une intervention. Il m'engage avant de recourir à la laparotomie, à essayer le traitement de M. Rendu, estimant le cas très propre à l'emploi de cette méthode ».

On pratique cependant d'abord une ponction exploratrice de 20 grammes d'un liquide trouble, qui est examiné microscopiquement et injecté à deux cobayes. M. Netter, ayant cru reconnaître un bacille de Koch dans une des préparations, admit la nature tuberculeuse de l'épanchement sans attendre le résultat des inoculations (1).

Une ponction fut donc faite dans le flanc gauche qui amena sans difficulté 3.500 grammes de liquide citrin assez limpide. Une certaine quantité de liquide fut laissée dans le péritoine, et par l'orifice de la canule, je fis pénétrer environ 5 centimètres cubes de naphtol.

1. Je me suis laissé tromper par l'examen bactériologique. Je suis convaincu que ce que je croyais être un bacille était seulement un cristal. Les cobayes inoculés ont été sacrifiés le 23 avril et ne présentaient pas trace de lésions tuberculeuses.

Une certaine quantité ressortit entre la canule et l'aiguille camphrées de sorte que les 5 grammes ne pénétrèrent pas entièrement. L'enfant, assez effrayée ne parut pas souffrir, et quand je quittai la salle, je la laissai très calme et n'étais nullement préoccupé.

Environ trois quarts d'heure après la ponction l'enfant présente une agitation extrême, puis elle est prise d'une forte crise rappelant de loin l'éclampsie. Yeux hagards, fixes, raideur musculaire générale, contracture, un peu d'opistothonos, soubresaut des tendons, mâchonnements, écume sanguinolente aux lèvres. L'enfant doit être contenue par plusieurs personnes qui l'empêchent de sauter hors du lit. On défait le pansement, chloroforme, injection d'éther, position déclive de la tête. L'enfant respirant mal, respiration artificielle, oxygène.

Naturellement effrayé de ces accidents, qui paraissent être sous la dépendance du liquide injecté, M. Griner, mon interne cherche à retirer le naphtol camphré. Il introduit dans le péritoine un litre d'eau boriquée bouillie; le litre est retiré par l'aspiration. Il n'a pas l'odeur de camphre.

Au bout de quelques moments, la crise cède, la respiration se rétablit, le pouls, fréquent et petit pendant la crise, redevient régulier, mais reste faible, un peu lent. Vomissements peu abondants. Le liquide vomi est spumeux, analogue à l'expectoration albumineuse. Il est en petite quantité.

Deuxième crise un quart d'heure après, mêmes symptômes suivis encore d'un petit vomissement.

Jusqu'à deux heures, les crises violentes se succèdent à dix minutes d'intervalle. Elles deviennent ensuite moins espacées et moins violentes. Il n'y a plus de vomissements.

La respiration devint de plus en plus embarrassée. La mort survint dans la soirée.

L'autopsie montra un foie augmenté de volume : à la coupe il présente presque partout une apparence muscade ; pas de lésions tuberculeuses du péritoine. L'examen microscopique du foie révéla une sclérose très marquée, prédominant au centre des lobules, et une dilatation très marquée des capillaires, qui donne, par places, à la coupe, l'apparence d'une angiome. Il existe aussi une sclérose manifeste du muscle cardiaque.

En résumé, pas de péritonite tuberculeuse : l'ascite était liée à une cirrhose du foie, qui elle-même aura pu être sous la dépendance d'une sclérose cardiaque.

Urines recueillies dans la vessie, examinées suivant la méthode de Désesquelle pour rechercher le naphtol. Recherche positive. La recherche du camphre à l'état d'acide camphroglycunosique est restée négative.

M. Netter conclut à une intoxication survenue chez une malade atteinte d'insuffisance hépatique.

Intoxications par le naphtol camphré, dans le traitement des tuberculoses locales.

M. Guinard, à la séance du 11 mai 1904 de la Société de Chirurgie, a relaté un cas d'intoxication mortelle, chez un jeune homme de 28 ans, à la suite d'une injection de naphtol camphré, dans une adénite tuberculeuse sus-claviculaire. A cette occasion, il a rappelé 20 cas d'intoxication, dont six mortels, par ce médicament, et sur ces 20 cas, 11 intéressent les enfants.

Nous en publions un certain nombre *in extenso* :

Voici les autres cas d'après la communication de M. Guinard :

OBSERVATION LV

Estor. (*In* thèse de Robbaz). Montpellier, décembre 1901. — *Coxalgie avec abcès antéro-externe.* Enfant de 12 ans.

Ponction suivie d'une injection de *20 centimètres cubes* de naphtol camphré. Le liquide pénétrant difficilement dans la poche, on est obligé de peser fortement sur le piston. Il est probable que dans cette manœuvre la poche a dû se rompre. Le liquide s'est de ce fait, trouvé au contact des tissus sains, d'où absoption plus rapide.

Deux minutes après l'injection, l'enfant commence à grimacer. Il présente des couvulsions toniques, puis cloniques, qui ne cessent qu'à la mort. Celle-ci survient au bout de cinq à dix minutes.

OBSERVATION LVI

Grosjean. (Berck). Ancien interne des hôpitaux de Paris. *Adénite tuberculeuse du cou, chez un enfant.*

Injection interstitielle de 1/4 de centimètre cube de naphtol camphré. Accidents immédiats très graves. Perte de connaissance. Crises épileptoïdes. Phénomènes asphyxiques intenses ; durée, quelques minutes.

OBSERVATION LVII

Menard. Congrès de Chirurgie, 1901.

Adénite tuberculeuse du cou, chez une fillette de 8 ans.

Injection interstitielle de 1 centimètre cube de naphtol camphré (une seringue de Pravaz).

Perte de connaissance, de plusieurs heures, entrecoupée d'attaques épileptiformes graves avec imminence d'asphyxie. Guérison.

OBSERVATION LVIII

Piéchaud de Bordeaux. *In* thèse de Colineaux de Bordeaux, 1903.

Péritonite tuberculeuse avec fistule. — Enfant de neuf ans. Injection de *4 centimètres cubes* de naphtol camphré dans le trajet fistuleux. Deux heures après, crises épileptoïdes avec perte de connaissance complète. Phénomènes asphyxiques. Période d'apnée. Durée, une heure un quart. Piqûres d'éther, de caféine, lavements au chloral, inhalations d'oxygène. Ce n'est qu'au bout de deux heures que l'enfant reprend connaissance.

Vomissements sentant fortement le naphtol camphré. Urines examinées ; contiennent du naphtol et du camphre. Albumines, cylindres rénaux.

OBSERVATION LIX

Piéchaud. *In* thèse Colineaux.

Ganglions suppurés du cou. — Enfant de quatorze ans, avait déjà subi plusieurs injections de naphtol camphré (3 centimètres cubes à chaque séance) sans accidents. L'injection qui a provoqué des signes d'intoxication n'était que de 1 centimètre cube de naphtol camphré ; huit à dix minutes après, crise convulsive généralisée à début brusque. On songe à de l'épilepsie essentielle.

Huit jours après, nouvelle injection, suivie des mêmes accidents. On pense alors à une intoxication, hypothèse vérifiée par l'odeur caractéristique des vomissements.

OBSERVATION LX

Forgue de Montpellier *in* thèse de Robbaz, 1901.

Tumeur blanche du genou. — Enfant de 8 ans. Injection de 1/2 centimètre cube de naphtol camphré (seringue de Pravaz). Immédiatement après, pâleur de la face, refroidissement du corps, pouls filiforme, respiration pénible. Pas de convulsions. Après quelques minutes de respiration artificielle et de tractions rythmées de la langue les accidents cessent définitivement.

OBSERVATION LXI

Recueillie par M. Gardner, interne des hôpitaux dans le service de M. Albarran, Hôpital Hérold, en 1901.

Adénite tuberculeuse du cou. — S..., M..., quinze ans, soignée pour une adénite tuberculeuse de toute la chaîne carotidienne droite, formant une volumineuse masse. Deux injections interstitielles, à deux jours d'intervalle, de *1 centimètre cube* chacune, de naphtol camphré, ne déterminent aucun accident. La troisième injection fut faite dans les mêmes conditions. L'aiguille fut enfoncée en pleine masse ganglionnaire et ce n'est que quelques secondes après, aucune goutte de sang ne s'étant écoulée par l'embout de l'aiguille, que la seringue fut adaptée à celle-ci, et que l'injection fut faite. La quantité injectée était de 1 centimètre cube de naphtol camphré. Les accidents surviennent immédiatement après : pâleur de la face, hébétude, puis très rapidement accès épileptiformes subintrants pendant une demi-heure environ. Phase comateuse consécutive, d'une durée de temps égale, soit une demi-heure.

L'après-midi la malade reste assoupie, hébétée. Pouls faible et assez rapide. Râles fins de congestion pulmonaire généralisée. Dyspnée assez violente. Guérison au bout de 24 heures. Aucun antécédent épileptique.

OBSERVATION LXII (Gardner).

Adénite tuberculeuse sous-angulo-maxillaire.

P..., B..., dix-huit mois, fille soignée à la consultation d'Hérold. Grosse masse ganglionnaire située au-dessous de l'angle de la mâchoire et prête à s'abcéder.

Ponction suivie d'une injection *de moins de 1 centimètre cube* de naphtol camphré. Quelques instants après, l'enfant est prise d'une crise épileptiforme violente, suivie de syncope respiratoire et cardiaque, donnant l'impression de la mort imminente. La respiration ramène les mouvements respiratoires, mais doit être continuée longtemps, car dès qu'elle est interrompue, les mouvements respiratoires s'espacent et les battements du cœur se ralentissent. Piqûres de caféine, potion stimulante. Dans l'après-midi, état satisfaisant. Auscultation décèle un petit foyer de râles fins à la partie antérieure du lobe moyen. Guérison.

OPIUM

L'abus des opiacés chez les enfants, par L. Fischer (*Med. Record*), 16 février 1894.

OBSERVATION LXIII

Depuis deux ans, l'attention de l'auteur a été attirée sur une série des symptômes obscurs, difficilement diagnostica-

bles qu'il a rencontrés chez des enfants, et qu'après une étude approfondie, il croir devoir attribuer à l'abus des préparations opiacées, dont les mères et les nourrices ignorantes abusent, et qui sont désignées sous des appellations fallacieuses, sirop de dentition, sirop contre la diarrhée, contre l'insomnie, etc...

Comme résumé des cas assez nombreux qu'il a observés, M. Fischer expose, comme il suit, la symptomatologie de cette intoxication chronique :

Diarrhée parfois très-abondante, se compliquant, dans quelques cas de prolapsus du rectum : les matières sont très liquides et ne contiennent du sang que lorsque le ténesme est très prononcé. Chez quelques enfants, vomissements. Anorexie absolue dans tous les cas. Insomnie opiniâtre. L'urine est rare, très concentrée, renferme un excès de phosphates, et est souvent albumineuse ; il y a quelquefois de l'énurésis nocturne et diurne. Diaphorèse assez fréquente. La peau est parfois pigmentée et prend, vers la fin, une teinte jaune ictérique. Le pouls lent, plein et régulier, devient plus tard irrégulier et accéléré, de façon à donner 140 à 146 pulsations par minute, la respiration, profonde et ralentie au début, devient plus tard accélérée (28 à 62 respirations). Les enfants sont irritables, nerveux, souvent déprimés, demi-comateux ; les réflexes sont tantôt très exagérés, tantôt tout à fait abolis.

Dans un cas, qui s'est terminé par la mort, l'autopsie ne révéla aucune lésion organique ou autre. Aussi l'auteur conclut-il qu'il s'agissait là d'une sorte de cachexie mortelle par abus d'opium, par empoisonnement chronique.

Le traitement de cet empoisonnement chronique est assez

compliqué. Tout d'abord il faut mettre l'enfant à une diète fortifiante comprenant le vin, le jus de viande, le lait peptonisé, etc... Pour tonifier le système nerveux, on a aussi recours à la faradisation, au massage de la colonne vertébrale, aux douches froides et on essaiera ensuite le bromure de potassium, qu'il faudra cesser en cas de diarrhée, le chloral et le sulfonal (pour combattre les insomnies). On donnera en même temps du quinquina, du fer, et de la strychnine.

OBSERVATION LXIV

Un cas d'empoisonnement opiacé, traité par le permanganate de potasse. Guérison, par R. K. Tandou (*Indian medical Record*, 20 décembre 1899),

Garçon de dix-huit mois, présenté au dispensaire de Sadar le 8 novembre 1899, avec les renseignements suivants : la mère a l'habitude de lui donner tous les jours de l'opium pour le faire tenir tranquille. Aujourd'hui, la dose habituelle a été donnée, mais la mère n'a pas eu le soin de cacher la boîte contenant environ 50 centigrammes d'opium (pilule grosse comme un gros pois). L'enfant prit le tout vers 5 heures du soir. Peu de temps après il s'endormit, et présenta la respiration stertoreuse. On fit la médication usuelle, sans succès, et six heures après l'accident, on conduisit l'enfant au dispensaire. Respiration très pénible ; pupilles contractées, extrémités froides, faiblesse du cœur. On donna 30 centigrammes de sulfate de zinc, qui fit vomir un peu de mucus. On prescrivit alors :

Permanganate de potasse..... 0 g. 12 centig.
Eau..... 30 g.

à prendre XV gouttes tous les quarts d'heure pendant la première heure, puis X gouttes toutes les demi-heures. Eau froide sur la figure. Lavement au savon qui ramène une pilule d'opium de 30 centigrammes. Le permanganate est continué, et on donne de la strychnine. A trois heures du matin, amélioration ; à cinq heures, il était hors de danger.

BAUME DU PÉROU

Accidents et intoxications par le Baume du Pérou, par Messieurs Hallopeau et A. Léri. Société de dermatologie et de syphiligraphie, 1899.

OBSERVATION LXV

Bernouilli (*Correspondenz Blatt für Aertze,* 1883). Il s'agit d'un enfant de six mois atteint de gale ; on lui avait pratiqué des frictions avec la dose habituelle de baume du Pérou ; quatre heures plus tard, il fut brusquement pris de collapsus, il succomba le jour même. A l'autopsie, on constata des hémorrhagies bronchiques, rénales, intestinales, stomacales et méningées (pie-mère).

OBSERVATION LXVI

Emile R..., âgé de quatre ans, entre le 30 janvier 1899, pavillon Bazin de l'hôpital Saint-Louis, atteint d'une gale intense. Il n'a pas été soumis à la frotte classique, mais dès le lendemain, on lui pratique des frictions douces

avec une pommade soufrée à 2 o/o et l'on applique des compresses boriquées sur les parties excoriées.

Au bout de quinze jours, il est en bien meilleur état, et nous sommes sur le point de signer son exeat, quand on nous fait remarquer qu'il a encore quelques démangeaisons. Nous prescrivons un badigeonnage avec le baume du Pérou étendu de quatre parties d'huile d'amandes douces ; or, le jour même on constate sur les avant-bras, et surtout sur les mains, l'apparition de nombreuses phlyctènes remplies d'un liquide purulent ; quelques-unes d'entre elles ont les dimensions d'une pièce de 1 franc : ces pustules semblent s'être produites dans les points où existent des excoriations. Elles se sont ouvertes seules, peu de jours après, sous les compresses boriquées, et se sont recouvertes de croûtelles jaunâtres.

Les pustules sont devenues d'abord prurigineuses, très douloureuses après leur ouverture. L'éruption s'est accompagnée d'un léger mouvement fébrile. Quinze jours après son début, elle n'est pas encore complétement éteinte.

Son apparition le jour même où a été faite l'application du baume du Pérou n'a guère permis de douter qu'elle n'ait été provoquée par l'action irritante de ce médicament.

OBSERVATION LXVII (Résumée).

Cas de gale, chez un enfant, aggravée avec apparition de pustules nouvelles par l'emploi du Baume du Pérou mitigé.

ACIDE PHÉNIQUE

OBSERVATION LXVIII

Intoxication phéniquée par un pansement au salol chez un nouveau-né, par Guérin Valmole (*Montpellier médical* 26 mai 1901).

Un enfant né au septième mois, et pesant 1580 grammes avait été mis en couveuse, et grâce à des soins minutieux était en deux mois et demi, arrivé à peser plus de 2.600 grammes. La famille jugea utile alors de l'ôter de la couveuse, et quelques jours après, l'enfant s'affaiblit et présenta des excoriations sur le siége et les membres inférieurs. Une personne ayant conseillé des pansements à la vaseline salolée, on en enduisit les parties excoriées. Douze heures après cette application, l'enfant était pris de vomissements continus ; son pouls était rapide, irrégulier et très faible ; les urines étaient devenues franchement noires, puis survint une dyspnée intense, et l'enfant mourut en 36 heures. Il s'était donc produit un empoisonnement par l'acide phénique, que l'auteur explique ainsi : « On sait que le salol, étant un salicylate de phényle, se dédouble au contact des plaies en acide phénique et acide salicylique. Or par suite des excoriations, la surface d'absorption était ici considérable, et de plus, chez le nouveau-né l'on peut craindre l'action du ferment dédoublant du salol découvert par Nobécourt et Mercklen dans le lait de la femme.

OBSERVATION LXIX

Empoisonnement par l'acide phénique par Kohm (*Wiener Med. Woch.*) 20 juin 1896.

Une sage-femme panse l'ombilic d'un nouveau-né avec de l'acide phénique, l'enfant meurt de péritonite quelques jours après.

A l'autopsie, on constate : une tache noire étendue autour de l'ombilic ; au-dessous de celui-ci tous les vaisseaux ne sont pas complétement fermés, les parois abdominales sont d'un rouge cuivré. A l'ouverture de l'abdomen il se dégage une odeur très forte d'acide phénique : on y constate des lésions de péritonite aiguë ; l'urine est foncée et possède l'odeur d'acide phénique.

OBSERVATION LXX

Intoxication par l'acide phénique.

Maschka (*Schmidts Jarbucher*, 1897), cite le cas d'un enfant nouveau-né mort en 20 minutes à la suite de l'application, sur la section du cordon ombilical, d'une compresse imbibée d'huile fortement phéniquée.

OBSERVATION LXXI

Empoisonnement provoqué par un pansement phéniqué du cordon ombilical, par le docteur Maurice Costé, médecin des hôpitaux de Marseille.

Chez un enfant né à terme, et bien constitué, quelques heures après la naissance, un pansement fait sur le cordon ombilical, avec un mélange d'acide phénique et de glycérine, provoque bientôt des phénomènes d'empoisonnement auxquels le petit malade succomba le lendemain.

Avec l'aide de M. Richard, vétérinaire à nos abattoirs, un pansement du cordon fait avec de la glycérine fortement colorée au bleu de méthylène, chez trois agneaux, prouva par la coloration verdâtre des urines, quelques heures après le pansement, que du bleu de méthylène du pansement avait été absorbé. Les divers tissus qui entourent les vaisseaux du cordon ombilical ne sont donc pas purement protecteurs, ils sont susceptibles d'absorption pendant les premiers jours de la vie extra-utérine, et sans doute aussi dans le cours de la vie intra-utérine, propriété d'absorption dont il faut tenir compte, quand il s'agit des soins antiseptiques ou autres qu'exige le pansement dit du cordon ombilical.

OBSERVATION LXXII

Action nécrosante de l'acide phénique. Société médico-chirurgicale du Brabant, 1892, in Bulletin médical.

Au cours d'une discussion sur l'action nécrosante de

l'acide phénique M. Dubois-Havenith a présenté la phalangette nécrosée du médius de la main gauche d'une petite fille. L'enfant s'était blessée, la mère lui fit un pansement phéniqué avec une solution qu'elle prépara elle-même sans titrage déterminé. Douze heures après la phalangette prenait une teinte noirâtre. C'était la nécrose, l'amputation fut spontanée au bout de quelques jours.

OBSERVATION LXXIII

Intoxication phéniquée mortelle consécutive à une circoncision, par Bogdanick, rapporté dans *Médecine moderne*, 1889.

Un enfant de dix jours, bien portant, bien développé, subit le 19 avril dernier la circoncision commandée par la loi de Moïse. L'opérateur religieux fit ensuite un pansement avec de l'ouate imbibée d'une solution phéniquée à 5 o/o. Le lendemain, la sage-femme, qui n'avait pas assisté à la cérémonie, renouvela le pansement. Elle remarqua et fit remarquer à la mère, mais sans y attacher d'importance, que les langes étaient souillés par un liquide noirâtre, et que l'enfant avait les extrémités cyanosées.

Le 21 avril, à cinq heures du matin, on la fit appeler parce que l'enfant était entièrement cyanosé, Elle remplaça le pansement phéniqué par de la vaseline à l'oxyde de zinc, et fit venir un médecin. Celui-ci, sur le vu des urines foncées et verdâtres, soupçonna une intoxication phéniquée, et fit prendre à l'enfant du vin et du sulfate de soude ; mais le petit malade succomba quelques heures plus tard, après avoir

présenté une température de 40°, des convulsions cloniques des pieds et des mains, et un peu de trismus.

L'autopsie, faite le 22 avril, a permis de constater que l'enfant, bien venu à terme, ne présentait aucune lésion constitutionnelle. Il avait tout le système nerveux gorgé de sang, et sous la plèvre viscérale on voyait un grand nombre de sugillations sanguines.

Les reins ne présentaient pas d'autres lésions que de la congestion veineuse. La plaie préputiale était transformée en eschare.

Un cas semblable, également consécutif à une circoncision rituelle, a déjà été publié il y a quelques années par M. Meltzer (*Wiener med. Presse.* n° 33).

OBSERVATION LXXIV

Dangers du phénol chez l'enfant : hématurie provoquée par des irrigations phéniquées de l'oreille chez une fillette de 5 ans, par le Dr Comby. Société médicale des hôpitaux, 8 juillet 1898.

G... Emilie, âgée de cinq ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, le 14 juin 1898, parce qu'elle rend des urines sanglantes depuis 8 jours. En même temps sa mère nous présente un flacon d'urines noires, couleur café ou malaga. Je pense d'abord à une hémoglobinurie ; mais l'examen macroscopique des urines, fait par mon interne, M. Mettetal, montre la

présence de nombreuses hématies. L'enfant n'a pas de fièvre (36°8-37°), pas de douleurs de rein. Pas de symptômes de cystite. Pendant la première semaine de son séjour à l'hôpital, elle continue à rendre des urines sanglantes ; mais à partir du 21 juin l'hématurie cesse, l'urine reste seulement un peu louche et foncée. Très albumineuse, au cours de l'hématurie, l'urine ne contient bientôt plus d'albumine, et l'enfant se rétablit complétement, grâce au repos au lit, au régime lacté, à la révulsion lombaire (ventouses scarifiées, ventouses sèches). Le 15 juin, une injection sous-cutanée de sérum artificiel (dix centimètres cubes), est faite sous la peau du ventre ; la température prise toutes les trois heures à partir de l'injection ne dépasse pas 37°. Nous avions pensé que l'hématurie pouvait dépendre d'une tuberculose rénale ; l'absence de réaction thermique après l'injection de sérum nous fait éliminer ce diagnostic. Pas de symptômes de lithiase rénale. L'hémoglobinurie paroxystique se trouvait éliminée par l'examen des urines ; la néphrite aiguë avait contre elle l'absence de fièvre, d'œdème, de symptômes généraux, de cause occasionnelle, etc. Quant à l'hématurie essentielle, si rare dans nos climats, elle ne pouvait être admise.

Et d'ailleurs la cause de l'hématurie chez cette enfant était patente. Reprenons son histoire. Parents bien portants, deux autres enfants bien portants, pas de tuberculose dans la famille. La fillette, née à terme, a été nourrie au biberon, à la campagne, jusqu'à dix-huit mois ; angine à trois ans ; rougeole à quatre ans. Il y a trois semaines douleurs aiguës dans l'oreille droite ; le surlendemain otorrhée, l'enfant est conduite dans une clinique des maladies du nez, oreilles etc...

Elle en rapporte une ordonnance que je transcris textuellement :

Paris, le 2, mai 1898.

1° Injection chaude, dans l'oreille, six fois par jour, avec la solution :

Acide phénique..... 15 grammes
Eau bouillie..... 1.000 grammes

2° Après la dernière injection du soir, faire mettre dans l'oreille cinq gouttes de :

Acide phénique..... 0 gr. 50
Glycérine neutre..... 10 grammes

Recouvrir d'un tampon d'ouate hydrophile.

3° Bains d'oreille avec l'eau phéniquée ci-dessus.

Cette ordonnance a été exécutée soigneusement par la mère de l'enfant pendant dix jours. Deux jours après la cessation des pansements phéniqués, l'enfant urine du sang pur, puis un liquide noir, analogue à du café. Pas de douleur en urinant, pas de fièvre, état général satisfaisant ; cependant douleurs de tête .

L'examen attentif de l'enfant ne montre rien d'anormal, en dehors des hématuries. Pas d'œdème, pas de bouffissure du visage, pas de douleurs lombaires, pas de fièvre, rien au cœur, rien au poumon, foie normal, rate non augmentée de volume.

La quantité des urines rendues dans les 24 heures n'atteint pas le demi-litre. L'otorrhée a disparu.

Il est évident pour moi que l'hématurie dont cette enfant a été atteinte, et qui a guéri, ne peut être attribuée à une autre cause qu'à l'intoxication phéniquée. On a pu voir, par

l'ordonnance prescrite plus haut, avec quelle énergie l'otorrhée avait été traitée pendant dix jours; six fois par jour, on a fait dans l'oreille des injections chaudes d'eau phéniquée à 1/75, sans parler des bains d'oreille avec la même solution, et des instillations de glycérine phéniquée à 1 p. 20. Le conduit auditif externe et la caisse du tympan ont été saturés d'acide phénique,

OBSERVATION LXXV

Gangrène phéniquée, Jayle (Société anatomique, janvier 1893).

Rose J..., 11 ans 1/2, avait une petite écorchure à l'index de la main droite. Versant quelques gouttes d'une solution concentrée d'acide phénique (acide phénique 9 gr., glycérine 1 gr.), sur un petit carré de toile, elle s'en enveloppa le doigt. Le lendemain l'index présentait une teinte grisâtre qui est devenue noire depuis. Pas de douleurs. Elle vient à la consultation de M. le Dr Monod à l'hôpital Saint-Antoine, douze jours après le début des accidents.

L'index est sec, noir et racorni. Au niveau du pli métacarpo-phalangien existe le sillon d'élimination.

Le 29 décembre. — Amputation de l'index. Réunion sans drain.

Le 5 janvier. — Ablation des fils.

La section longitudinale du doigt montre toute l'étendue des lésions ; non seulement les parties molles, mais encore la phalangette, la phalange et l'extrémité inférieure de la phalange sont atteintes et présentent un aspect noirâtre.

OBSERVATION LXXVI

Empoisonnement dû à l'application de compresses phéniquées sur la peau, par Clément Lucas (rapporté dans *Journal de clinique et thérapeutique infantiles*, 1897).

J'ai déjà publié, au mois de juin 1895, deux cas d'empoisonnement grave par l'absorption d'acide phénique, appliqué sur la peau dans un but d'antisepsie préparatoire. Les principaux symptômes avaient été du collapsus et du coma durant plusieurs heures ; mais si graves qu'ils eussent été, ils guérirent tous les deux. Depuis lors, j'en ai observé un autre cas, mais moins grave.

La malade, une fille de 5 ans, fut admise à Guy's Hopital pour une courbure rachitique du tiers inférieur des deux tibias. Le 15 juillet, la jambe gauche et le pied furent bien lavés et enveloppés de compresses imbibées d'une solution à 2 o/o de lysol, l'ostéotomie devant être pratiquée le jour même. Mais l'opération dut être remise au lendemain. Le 16 juillet, à 11 h. 45, le membre fut encore lavé et recouvert d'une compresse trempée dans une solution phéniquée à 5 p. 100. La compresse recouvrait le pied et la moitié de la jambe. A midi et demi l'enfant criait parce qu'on avait supprimé son repas, et paraissait tout à fait bien. A 1 h. 30, on s'aperçut qu'il gisait dans son berceau, pâle et sommeillant. Son état s'aggrava, la pâleur augmenta jusqu'à 3 heures. Le chirurgien résident la vit à ce moment-là, très pâle, froide, couverte de sueur ; les lèvres et la langue étaient violacées, presque noires, d'une teinte très différente de la cyanose ordinaire. Le sang noir paraissait aussi sous la peau, et

ajoutait à la pâleur une teinte très frappante. La malade n'était pas tout à fait dans le coma : elle sentait encore une excitation douloureuse telle que la piqûre d'un aiguille hypodermique. Les membres étaient flasques, mais étaient encore capables de quelques mouvements, sous l'influence d'excitations fortes. Les réflexes étaient tous très obtus et très lents : celui de la conjonctive existait encore, mais très faible et très lent. Les pupilles étaient largement dilatées. Le pouls était faible, rapide, presque imperceptible et incomptable. Le choc du cœur était faible, diffus, et déplacé en dehors, les bruits cardiaques étaient sourds. Il y avait évidemment une dilatation considérable du cœur droit.

La compresse fut enlevée sur le champ, et la peau lavée, on appliqua des bottes d'ouate, et l'enfant fut roulé dans des couvertures chaudes. Dix gouttes d'alcool furent injectées sous la peau, et quinze gouttes une heure après. La malade était mieux, le pouls devenait plus lent et plus fort ; la peau se réchauffait, et la pâleur livide du visage était remplacée par de la rougeur. Les pupilles se contractèrent alors. La malade eut plusieurs vomissements bilieux. Le coma cédait progressivement, mais l'enfant ne fut réellement consciente que le lendemain.

A aucun moment il n'y eut d'élévation de la température, ni de délire. Les urines émises dans la nuit et le lendemain matin étaient d'une couleur vert sale, particulière, et devenaient noires en prenant la réaction alcaline.

L'enfant resta pâle et faible pendant quelques jours, mais se remit complétement.

PHOSPHORE

OBSERVATION LXXVII

Intoxication par l'huile de foie de morue phosphorée, par Brouardel. *In L'exercice de la médecine et le charlatanisme.*

Un jeune enfant, sujet scrofuleux, était soigné dans un dispensaire privé du quartier Ménilmontant fondé par un médecin, ancien interne des hôpitaux, qui donnait des consultations gratuites et fournissait même les médicaments aux personnes pauvres qui réclamaient ses soins. Beaucoup d'enfants scrofuleux lui étaient amenés et il les soignait d'après la méthode du Dr Monti (emploi de l'huile de foie de morue contenant 1 gramme de phosphore pour 1000 grammes d'huile). Le pharmacien chargé de préparer l'huile phosphorée en avait légèrement modifié la formule. Comme le litre d'huile de foie de morue pèse moins de 1000 grammes, craignant de faire une préparation toxique, il n'avait incorporé à l'huile que 60 centigrammes de phosphore par litre, ce qui donne une solution moins active que celle employée par Monti.

L'enfant, qui en cinq jours avait absorbé 10 milligrammes de substance active, présenta des symptômes d'intoxication phosphorée et fut amené à l'hôpital Trousseau dans le service du Dr Legroux où il mourut. L'analyse, faite par l'interne en pharmacie, révéla la présence de phosphore dans les viscères et le Dr Legroux consigna ces faits dans un rapport.

Je fus commis avec M. Ogier par le parquet pour faire les recherches nécessaires concernant la mort de cet enfant.

Voici quel fut le résultat de notre enquête : l'auteur rapporte le cas rapporté plus haut et cite la statistique du Dr Monti (de Vienne) concernant 2000 enfants soumis à ce traitement sans le moindre accident, puis il conclut :

Les médecins qui ont ordonné l'huile de foie de morue phosphorée ont eu grand tort d'oublier ce fait, qui est classique en thérapeutique et se trouve déjà dans le livre de Trousseau et Pidoux, à savoir que le phosphore bien supporté au début, peut être la cause d'accidents subits d'intoxication, même sans qu'à un moment donné la dose ait été augmentée.

Dans ce cas, M. Legroux avait eu le tort, il l'a reconnu, et en a exprimé ses regrets à l'audience, de se laisser entraîner par son diagnostic et de ne pas avoir cherché à connaître la cause de cet empoisonnement avant de rédiger son rapport. Pour nous, plus rompu aux choses de la médecine légale, il était certain, même l'enfant étant mort des suites du traitement, que le médecin n'avait pas engagé sa responsabilité ; il se trouvait couvert, et par une série de cures dans lesquelles il n'avait observé aucun symptôme inquiétant, et par l'opinion du Dr Monti qui occupe une situation considérable parmi les médecins de Vienne et qui sur 2.000 cas n'avait reconnu aucun inconvénient à l'administration de ce médicament.

Le médecin fut acquitté.

ACIDE PICRIQUE

OBSERVATION LXVIII

Deux cas d'intoxication par l'acide picrique, (Dr Latouche, Société de chirurgie, 19 janvier 1898).

Il s'agit de deux enfants, l'un âgé de onze ans, l'autre de quatre ans, qui furent brûlés par une explosion de poudre à mine. Tous les deux avaient la figure et les mains atteintes. L'aîné portait des brûlures du deuxième degré. Toute la face, tuméfiée, est couverte de vastes phlyctènes ; l'intérieur de la bouche, principalement au niveau des lèvres, était brûlé, enfin les mains, dans toute la partie dorsale, présentaient des lésions analogues.

Le plus jeune était porteur de brûlures absolument semblables quant à l'étendue et à la situation ; mais sur certains points, notamment aux mains, au front, et aux tempes elles arrivaient au 3e degré.

Je fis un premier pansement, à l'eau stérilisée saturée d'acide picrique ; au moment de l'application des compresses, les enfants ne manifestèrent pas de douleur ; mais environ cinq minutes après, ils commencèrent à crier, à se plaindre de brûlures vives, et la douleur dura environ une demi-heure. Les jours suivants il n'y eut pas de souffrance locale. Au cinquième jour, deuxième pansement à l'acide picrique. L'état local était des plus satisfaisants ; mais la douleur avec sensation de brûlure fut aussi vive et aussi longue à ce second pansement qu'au premier. Aussi, croyant agir au mieux, je substituai, lors du troisième panse-

ment, à la solution aqueuse saturée, une pommade à la vaseline à 10 o/o. J'étendis cette pommade sur des compresses aseptiques, et enveloppai ainsi toutes les surfaces brûlées. Chaque enfant reçut environ 200 grammes de cette pommade. L'effet produit fut lamentable.

A peine portés dans leur lit, ils se mirent à pousser de véritables hurlements, criant qu'on les brûlait, qu'on les piquait, et ce n'est qu'au bout de trois heures qu'ils se calmèrent et s'endormirent. Je dois dire toutefois que les jours suivants il n'y eut pas la moindre sensation pénible. La nuit qui suivit le pansement fut pour les deux malades, sans sommeil ; vingt-quatre heures après, ils furent pris l'un et l'autre de vomissements, d'abord spontanés et à vide, bientôt suivis du rejet de tout ce qui était ingéré. Ces vomissements qui durèrent exactement 24 heures, ne s'accompagnaient d'aucun phénomène douloureux. Les enfants se soulevaient, et d'une seule nausée, rendaient ce qu'ils venaient de prendre. Il y eut environ pour chacun douze de ces vomissements.

En même temps apparurent des coliques accompagnées de selles diarrhéiques très jaunes, qui ne cédèrent également qu'après 24 heures et se répétèrent de douze à quinze fois.

La peau prit une coloration jaune intense, ainsi que les sclérotiques.

Les deux malades étaient absorbés, comme hébétés. L'aîné des enfants présenta des phénomènes cérébraux peu accentnés, mais le plus jeune nous inquiéta beaucoup. Il était somnolent, abattu, inerte, ne pouvant soutenir sa tête, répondant à peine, vomissant ou évacuant sans même se soulever, et refusant toute alimentation.

Les urines, rares, étaient absolument noires : elles ne contenaient pas d'albumine, mais l'examen pratiqué par M. Letort, pharmacien, y décela la présence de l'acide picrique. En même temps les petits malades se plaignaient de douleurs vives dans les jambes, qui cependant ne présentaient aucune lésion appréciable de la peau et n'étaient pas brûlées.

Cet état grave dura peu chez l'aîné, qui rapidement, en 48 heures, reprit sa gaieté et son appétit.

Mais le plus jeune resta huit jours très souffrant, faible, ne dormant pas, ne mangeant pas, et dans un état d'abattement cérébral, qui cependant disparut progressivement.

OBSERVATION LXXIX

Intoxication grave par l'acide picrique, par M. Brun. *Société de chirurgie*, 1898.

Chez les enfants, en particulier, l'acide picrique offre de grands dangers et provoque de graves accidents. Je citerai l'observation d'un enfant atteint de brûlures du pied au deuxième degré auquel on avait trempé le pied dans une solution d'acide picrique à 5 o/o et qu'on avait enveloppé de compresses humides, imbibées de la même solution. Dès le deuxième jour il était abattu, il était devenu jaune, non seulement sur les points touchés par l'acide picrique, mais sur le reste du corps. Les conjonctives étaient jaunes. Cet enfant succomba très rapidement avec de la diarrhée et de véritables phénomènes d'intoxication.

M. Berger. Chez un enfant pour lequel j'avais employé l'acide picrique je fus obligé d'y renoncer pour de véritables accidents d'intoxications.

M. Felizet. Je m'associe complétement à ce qu'ont dit

MM. Berger et Brun. Pour les enfants, je considère l'acide picrique comme un pansement dangereux dans les cas de brûlure.

M. Potherat. Dans le service d'enfants que j'ai eu pendant six mois, j'ai dû renoncer à l'acide picrique. Car j'ai reconnu que les enfants pouvaient avoir des accidents d'intoxication même avec des solutions à 5 pour 100. Dans deux cas j'ai eu des phénomènes d'intoxication caractérisés par des vomissements, et chez tous mes autres petits malades j'ai noté des douleurs très vives. Aussi je me joins à mes collègues qui s'élèvent contre l'emploi de ce traitement sur les enfants.

M. Walter. De cette discussion, il ressort que chez les enfants on doit renoncer à l'acide picrique.

OBSERVATION LXXX

Intoxication par un pansement à l'acide picrique, communiquée par M. Vitry, interne des hôpitaux.

René Gir..., 8 ans, est pansé à l'hôpital de la Pitié le 13 août 1903 pour une vaste brûlure du genou droit, surtout à sa partie interne, gagnant la moitié supérieure de la jambe et le tiers inférieur de la cuisse. Cette brûlure, produite par du thé chaud, est du second degré, avec de grandes cloques de la dimension d'une pièce de cinq francs.

Les jours suivants on continue le pansement à l'acide picrique, lorsque le 19 août on s'aperçoit que les urines sont sanglantes ; le lendemain l'hématurie persiste, et de plus il y a un érythème prurigineux qui débute sur le dos des mains et bientôt se généralise. Le 22 août on constate à la face un érythème morbilliforme particulièrement marqué aux

commissures des lèvres, au menton, aux paupières supérieures qui sont rouges et œdématiées. Les yeux ne pleurent pas. Pas de coryza, gorge un peu rouge. On constate des placards rouges à la face antérieure du cou, et sur la face antérieure du thorax, des plaques disséminées, rouge vif, surélevées, ayant les dimensions d'une lentille à une pièce de 0 fr. 50 centimes ; dans les intervalles, pointillé purpurique. Dans le dos, érythème beaucoup plus confluent. Il n'y a pas de peau saine. L'éruption est également très marquée sur les bras, moins aux membres inférieurs.

La plaie suppure un peu, la température est à 38°5.

On supprime l'acide picrique ; l'érythème disparaît quatre jours après, l'hématurie cesse progressivement. Guérison sans albuminurie.

SANTONINE.

OBSERVATION LXXXI

Empoisonnement par la santonine, par le Dr Louis Dinet. *Gazette des hôpitaux*, 1895.

Le 28 janvier dernier j'étais demandé dans un village, fort éloigné de secours médicaux, pour donner mes soins à un jeune garçon de onze ans, malade depuis 4 jours. En arrivant près de lui, je fus tout d'abord frappé par l'état de stupeur et de prostration de l'enfant. Je trouvai un pouls lent, relativement à l'âge du sujet (60 à 70), des pupilles énormément dilatées et insensibles à la lumière, mais sans strabisme, les yeux humides, et les conjonctives non injectées. Songeant néanmoins à une affection cérébrale, je cherchai à provoquer la

tache méningitique par des frottements sur le front, mais inutilement, je réussis à grand peine à asseoir l'enfant, incapable de tout effort musculaire, et ne trouvai rien d'anormal dans la poitrine. La palpation du ventre ne me donna non plus aucun résultat. J'essayai en vain de tirer l'enfant de sa torpeur, et de lui arracher quelques paroles. C'est alors, n'obtenant que des symptômes négatifs, que je me mis à questionner les parents et appris d'eux que, deux jours auparavant leur enfant s'étant plaint de douleurs abdominales, on avait attribué, suivant la coutume, son indisposition à la présence de vers intestinaux, et on lui avait fait avaler pour quatre sous (40 centigr. au moins) de santonine ; le lendemain, on avait administré une seconde dose plus forte que la première. On était ainsi mis sur une piste nouvelle, je demandai si l'enfant ne s'était pas plaint de troubles de la vue, et il me fut répondu que les deux jours précédents il voyait tout en jaune et en vert, que même il avait cru voir danser autour de son lit les autres enfants du village, avec des visages jaunes et verts ; il avait eu quelques mouvements convulsifs du bras droit et était ensuite tombé dans l'état comateux où je le voyais actuellement, ne sortant de son sommeil que lorsqu'il était pris d'hallucinations de la vue ou pour se plaindre de douleurs abdominales. Je n'hésitai pas alors à diagnostiquer un empoisonnement par la santonine, qui très peu soluble, comme on le sait, avait traversé l'estomac sans produire de vomissements, et ne trouvant que dans l'intestin les liquides alcalins favorables à sa dissolution avait provoqué dans les jours qui suivirent son ingestion, des coliques d'abord, et ensuite les phénomènes d'intoxication que je viens de dire. Je me bornai à prescrire quelques lavements purgatifs et

je revis trois jours après, l'enfant à peu près guéri, mais ayant conservé une grande faiblesse musculaire jointe à une certaine paresse cérébrale. J'ai pensé que des cas semblables avaient pu quelquefois et pourraient encore se produire et passer inaperçus ou être mis sur le compte d'affections cérébrales, à cause de la croyance universellement répandue dans nos campagnes bretonnes à la toute-puissance des vers intestinaux dans la production des maladies de l'enfance, et qu'il serait possible de les prévenir en réglementant la vente de la santonine qui ne devrait être délivrée que sur ordonnance, et remplacée, dans les cas ordinaires, par le semencontra ou un autre vermifuge anodin.

OBSERVATION LXXXII

Empoisonnement par la santonine, par M. Aronsohn. (*Wiener. Med. Bl...*, 13 juillet 1899).

Enfant de deux ans 1/2, auquel les parents avaient donné, pour des vers, onze biscuits contenant chacun 0 gr. 03 de santonine. Il ne tarda pas à pâlir, à se couvrir de sueurs froides, et à tomber dans un état comateux. Les muscles de la face, de la nuque, des pieds et des mains furent agités de convulsions. On parvint cependant à provoquer des vomissements, après quoi l'enfant, les pupilles dilatées, et le pouls ralenti, tomba dans un sommeil profond. L'urine rendue au bout de trois heures, était très jaune, et présentait un dépôt de même couleur. On fit prendre 0 gr. 04 de calomel trois à quatre fois dans la journée à l'enfant qui fut guéri le surlendemain. On avait donné après les biscuits une petite dose de liqueur alcoolique, qui avait hâté sans doute la dissolu-

tion et l'absorption de la santonine, dont la dose était colossale pour un enfant de cet âge.

CHLORATE DE POTASSE

OBSERVATION LXXXIII

Intoxications par le chlorate de potasse. Brouardel. *L'Exercice de la médecine et le charlatanisme.*

Le Dr Marchand (de Halle) rapporte que deux enfants, de trois et sept ans, sont morts après avoir ingéré 10 et 25 grammes de chlorate de potasse : ces petits malades avaient présenté des symptômes d'asphyxie et de l'albuminurie. En communiquant ce fait, le docteur Marchand accusait le chlorate de potasse ordonné comme médicament, dans les cas de diphtérie, de causer l'asphyxie et l'albuminurie (*Virchov. Arch.*, 1879).

OBSERVATION LXXXIV

Le Dr Jacobi rapporte dans *The medical Record*, 1879.

a) Un enfant de trois ans ayant pris 5 gr. 30 de chlorate de potasse en 24 heures, mourut le lendemain de néphrite.

b) Un enfant de moins d'un an mourut en quelques heures après avoir pris 1 gr. 77 de ce sel.

Quatre cas d'intoxication dus à une potion préparée par la supérieure d'un couvent de Saint-Saturnin du Port d'Envaux, dans le Morbihan, sur les conseils du docteur Lehouffre, et ainsi composée : chlorate de potasse 15 grammes, dissous dans 350 grammes d'infusion de tilleul.

OBSERVATION LXXXV

D..., 2 ans 1/2. La potion est absorbée en deux heures et demie. Les accidents débutent de suite après qu'on a fini la potion. L'enfant meurt deux heures et demie après la dernière cuillerée. Depuis la prise de la première cuillerée jusqu'à la mort il s'est écoulé cinq heures à cinq heures et demie. Un vomissement. Diarrhée verte et noire.

OBSERVATION LXXXVI

C..., trois ans et demi. La potion est absorbée en sept heures. Les accidents semblent n'avoir été remarqués qu'après que la potion a été terminée. L'enfant meurt une heure et demie après la dernière cuillerée.

Depuis la prise de la première cuillerée jusqu'à la mort, il s'est écoulé huit heures et demie. Pas de troubles digestifs notés ; pâleur, lèvres, blanc bleuâtre, respiration lente ; pouls presque insensible : le cœur paraissait n'avoir aucune force, les battements étaient à peine perceptibles.

OBSERVATION LXXXVII

S..., 2 ans 1/2. La potion est absorbée en neuf heures à peu près. L'enfant meurt trois heures après la dernière cuillerée. Depuis la première cuillerée jusqu'à la mort, il s'est écoulé douze heures environ.

Quelques garde-robes ; coloration violet vert.

OBSERVATION LXXXVIII

G..., 2 ans 1/2. La potion est absorbée en deux heures. Début des accidents deux heures environ après la dernière cuillerée. Mort quatre jours après la prise de la première cuillerée. Faiblesse excessive dès le premier jour ; immobilité ; pouls et battements du cœur faibles ; lèvres blanc bleuâtre.

Une expertise fut ordonnée, et il nous fut facile à M. Lhote et moi de trouver dans les viscères une quantité notable d'acide chlorique, qui n'existe pas à l'état normal dans l'organisme.

PERMANGANATE DE POTASSE ET TANNIN

OBSERVATION LXXXIX

Intoxication aiguë par l'emploi simultané de tannin et de permanganate de potasse, par E. Harnack (*Deutsh. med. Woch.*, 1894).

Fille de 14 ans, à qui, pour un eczéma intense des bras, on avait prescrit des badigeonnages avec une solution de tannin d'une part et d'autre part des bains locaux de permanganate de potasse au millième. Ce traitement avait donné antérieurement de bons résultats. Mais cette fois il en résulta bientôt une irritation extrêmement vive des téguments accompagnée d'une forte fièvre (41o) et d'une diarrhée intense. Bien que l'on eût supprimé aussitôt les badigeonnages au tannin, ces accidents persistèrent encore 3 jours avec la même intensité et ne disparurent complétement qu'au bout de huit jours.

Il y a tout lieu de croire que sous l'influence oxydante énergique du permanganate, le tannin a dû subir une transformation ; il s'est probablement produit du pyrogallol ou une substance analogue douée de propriétés toxiques que n'avaient pas les deux corps employés comme topiques.

Sans parler de l'intérêt clinique de cette observation, elle montre qu'il faut employer avec prudence les topiques même inoffensifs en apparence, quand on doit les appliquer sur de vastes surfaces dénudées.

PLOMB (1).

OBSERVATION XC

Encéphalopathie saturnine mortelle chez un enfant de treize mois provoquée par la pommade de Hébra, par le Dr Hahn (*Arch. für Kinderheilk.* 1900).

Dans les cas d'éclampsie apyrétique des nourrissons, on est en droit de soupçonner une intoxication. L'auteur a observé des faits qui viennent à l'appui de cette idée.

Chez un enfant de quatre mois, traité pour un eczéma étendu de la tête, par de la pommade de Hébra renfermant 10 gram-

1. L'intoxication saturnine peut avoir chez l'enfant des causes très singulières, et qui exigent toute la sagacité du médecin. Ainsi Variot a rapporté à la Société médicale des hôpitaux des cas de paralysie saturnine chez un enfant qui buvait dans un gobelet d'étain, et chez un autre qui jouait d'une trompette à embouchure de plomb.

mes de litharge pour 40 grammes d'huile d'olive. On vit l'enfant au bout de trois semaines succomber très rapidement avec des convulsions, sans fièvre. L'autopsie ne fut pas faite. Une autre fois, chez un enfant de six mois soumis au même traitement, on vit une grave attaque d'éclampsie avec une albuminurie passagère. Les nourrissons ainsi traités prennent un teint gris pâle. Aussi l'auteur s'est-il décidé à n'employer ce traitement qu'en cas de nécessité et de surveiller étroitement l'enfant. Dans un cas où, par la faute de la mère, cette surveillance fut mal faite, l'enfant âgé de treize mois fut pris, quatre mois après le début du traitement, de convulsions, sans fièvre avec un pouls particulièrement dur et serré. Le traitement fut suspendu. Deux jours après, nouvelles convulsions. La ponction lombaire donne issue à 20 centimètres cubes de liquide clair. Le lendemain mort.

A l'autopsie on trouva un peu d'hydrocéphalie, de l'entérite chronique. On ne trouve pas même au microscope des lésions cérébrales et il est impossible de mettre en évidence le plomb par l'hydrogène sulfuré. Par contre l'examen chimique montre pour 4 gr. 8 de substance cérébrale desséchée, 0 gr. 0013 de plomb. Il s'agissait donc bien d'encéphalopathie saturnine. Le diagnostic est d'autant plus difficile que le liseré est rare et que les autres symptômes d'intoxication : coliques, constipation, anémie, peuvent échapper. Les paralysies sont de plus toujours atypiques, et frappent plus souvent les membres inférieurs.

L'auteur attire enfin l'attention sur la possibilité d'intoxication par les soldats en étain, dans lesquels entre 70 à 80 pour 100 de plomb.

OBSERVATION XCI

Un cas singulier de saturnisme infantile.
par le Dr G. Berti (*Riv. di clin. ped.*, mai 1903).

Le 20 mars 1902, se présente à la Polianbulanza de Bologne un enfant de 28 mois, traité depuis deux mois avec une pommade de Hébra (à base de plomb) : onctions sur le cuir chevelu deux fois par jour pour faire disparaître « la croûte de lait ». L'enfant est devenu pâle, maigre, triste, sans force, marchant avec difficulté. Un jour il refuse de quitter le lit. Puis la faiblesse gagne les membres supérieurs, le cou, etc.. La tête ne peut être maintenue, l'enfant ne peut rester assis dans son lit (paralysie généralisée). Puis des douleurs se déclarent, la mydriase se montre à droite avec ptosis ; constipation opiniâtre. L'enfant se présente avec une sorte de torticolis (arthrite cervicale rhumatismale). Réaction faradique très diminuée ; réflexes patellaires abolis, sensibilité conservée. Ventre contracté, constipation opiniâtre. Il n'existe ni liseré gingival ni plaques jugales. L'intoxication saturnine est évidente.

On suspend la pommade de Hébra, on donne de l'iodure de potassium. Le lendemain on rapporte l'enfant avec de l'urine. La nuit précédente, il a eu des accès de suffocation. L'examen de l'urine montre la présence du plomb. Guérison rapide.

OBSERVATION XCII

Intoxication aiguë par le plomb, dans un cas d'eczéma traité par l'onguent diachylon, par Passler (*Munch. Med. Wochensch.*, 1894, n° 5).

Il s'agit d'un enfant de 21 mois, atteint depuis un an d'un eczéma chronique, qui sans retentir en quoi que ce soit sur l'état général du malade, avait résisté à tous les traitements jusqu'à présent. On essaya alors d'appliquer sur les membres inférieurs des compresses de tarlatane enduites d'onguent de diachylon (Hébra). Le nouveau traitement était suivi depuis trois jours, lorsque brusquement l'enfant était pris de stomatite avec ptyalisme intense, et de néphrite hémorrhagique aiguë avec anurie presque complète, anasarque et phénomènes urémiques. On fait cesser les applications d'onguent dont on enleva au bain les traces restées sur les membres, et la stomatite, de même que la néphrite, avec leurs symptômes respectifs, disparurent en quelques semaines, sans laisser de traces.

Il semble à l'auteur difficile d'attribuer les phénomènes en question, stomatite et néphrite aiguë, à autre chose qu'au traitement employé. On pourrait encore dire que, puisque l'urine n'a pas été examinée avant le traitement, la néphrite pouvait exister à l'état latent avant le traitement. Mais ce qui contredit cette hypothèse c'est que cette présumée néphrite chronique a disparu entièrement et complétement après qu'on a cessé le traitement, et qu'au moment où elle existait,

elle s'était formée pour ainsi dire sous les yeux, avec dilatation aiguë du cœur.

On sait, du reste, que chez les jeunes enfants, il suffit de quantités minimes de plomb. C'est ainsi que celle-ci a été observée après l'application de compresses d'eau de plomb sur une toute petite surface excoriée.

Les phénomènes de l'intoxication aiguë par le plomb sont les coliques violentes, la stomatite avec tendance à l'ulcération, et quelquefois la néphrite que Prévost et Binet ont pu reproduire expérimentalement chez les animaux. Dans le cas de l'auteur, la néphrite hémorrhagique aiguë et la stomatite étaient des plus manifestes; l'existence des coliques n'a pu être élucidée, mais les matières fécales étaient pendant les premiers jours très dures.

L'urine examinée chimiquement ne contenait pas de plomb Seulement il ne faut pas oublier qu'à cause de l'anurie l'examen n'a pu être fait qu'au bout de 3 ou 4 jours, et qu'aussitôt les premiers symptômes apparus on avait interrompu le traitement et enlevé dans un bain l'onguent qui adhérait à la peau. La quantité de plomb qui a pu être résorbée était donc minime et c'est pour cette raison encore qu'à aucun moment on n'a trouvé de liseré caractéristique sur le rebord des gencives.

SALOL

OBSERVATION XCIII

Intoxications par le salol, in thèse de Manceau. Paris, 1896.

Hossebach. (*Fortschert. der Medic.* 1890) a observé chez une jeune rhumatisante un cas de mort à la suite d'in-

gestion de 8 grammes de salol : il survint à la suite du coma, de l'anurie, etc.., et on découvrit à l'autopsie des traces de néphrite parenchymateuse.

OBSERVATION XCIV

MM. Patein et Desesquelle (*Revue de chirurgie*, 1887) citent le cas d'un jeune garçon qui après avoir absorbé 8 grammes de salol eut des vomissements, une constriction très violente et très douloureuse de la gorge, et une diminution marquée de la sensibilité.

OBSERVATION XCV

Chez une jeune fille atteinte d'angine à laquelle il administrait 2 grammes de salol, M. Josias a observé un érythème scarlatinifome sur les jambes, et une éruption papuleuse à la face (Société de Thérapeutique, 14 mars 1864).

RÉSORCINE

OBSERVATION XCVI

Intoxication par la résorcine chez les enfants, par Brudzinski, de Varsovie, in *Nouveaux Remèdes*, 1900.

Il s'agit d'un enfant de un mois, atteint de gastro-entérite L'ordonnance était ainsi conçue :

Résorcine.....	2 grammes
Huile de ricin.....	100 grammes

Une cuillerée à prendre toutes les deux heures.

Douze heures après le commencement de la médication, l'enfant qui avait absorbé environ 0 gr. 08 centigrammes de résorcine, fut pris de cyanose et d'ictère, la température s'était abaissée. Le jour suivant le petit malade était très bas, pourtant il ne succomba que le cinquième jour.

A l'autopsie, signe d'une gastro-entérite, qui aurait probablement emporté l'enfant ; il n'en est pas moins vrai que l'enfant présenta les symptômes d'un empoisonnement grave par la résorcine.

CHLORURE DE ZINC

OBSERVATION XCVII

Eschare de la paroi de la fémorale produite par le chlorure de zinc dans l'application de la méthode sclérogène, par le Dr Jeannel (*Midi médical*), 1893.

Le 18 octobre 1893, je traite par la méthode sclérogène l'arthrite fongueuse du genou droit non suppurée, datant de 10 à 12 mois d'une petite fille de six ans dont les parents sont morts tuberculeux. J'emploie la solution au 1/10 que j'injecte avec une seringue de Debove. Tout autour de l'article, aux limites de la synoviale, piquant l'aiguille jusqu'à l'os au point d'en tordre et émousser la pointe mal trempée, je verse à chaque ponction 2 à 8 gouttes du liquide. Les ponctions sont distantes de 3 ou 4 centimètres ; j'en estime le nombre à 8 en avant, et 4 en arrière, soit 12. Pour atteindre en arrière les parties distendues par les fongosités, je place le genou en demi-flexion et je pique deux fois en dehors et en dedans

les condyles sur leur face postérieure. Le tout sous chloroforme. Un pansement ouaté et une gouttière plâtrée sont appliqués suivant la coutume.

L'enfant, n'étant pas hospitalisée, est emportée chez elle ; deux jours après on me la ramène ; il y avait un peu d'œdème des orteils ; j'estime que le pansement est trop serré et je le fais remplacer.

Quatre jours après on la ramène encore : elle souffre, l'œdème des orteils existe encore : je ne trouve rien à la racine du membre j'estime que le bandage est mal fait, et j'ordonne de le remplacer. Ainsi fut fait. Le membre fut laissé découvert pendant une demi-heure, et de nouveau pansé et immobilisé.

Dix jours plus tard je revois l'enfant, qui souffre toujours. Très pressé, je ne la vois qu'en passant et j'ordonne d'enlever le pansement ouaté et de le remplacer par un simple bandage ouaté.

Le 13 novembre, on me présente une quatrième fois l'enfant, qui souffre beaucoup, je défais moi-même le bandage, et je trouve une eschare de compression sur le cou-de-pied, un œdème à la jambe, et une volumineuse tumeur rosée, fusiforme, occupant toute la face antéro-interne de la cuisse et le genou dans tout son pourtour. Au-dessus du condyle externe, existe une eschare produite par le bord de l'ancienne attelle plâtrée. Cette eschare, blanche, au centre, est soulevée et amincie, prête à se perforer. Je ne sens ni je ne vois pas de battement dans la tumeur, du reste je pense à un phlegmon consécutif, à une lymphangite partie de l'eschare du cou-de-pied. L'eschare de la face externe même vient de se rompre, je l'incise : au lieu de pus, il sort une masse de caillots à rem-

plir un bassin à pansement, puis du sang vermeil sans pulsations ; je saisis immédiatement la cuisse à pleines mains pour comprimer la fémorale : mais il est trop tard, l'enfant pâlit, agonise et meurt, malgré tout ce qui a pu être fait : injections d'éther multiples, tractions de la langue, frictions, soulèvement des membres inférieurs, etc.

L'autopsie du membre a été faite par M. le Dr Bauby. Il dissèque d'abord le creux poplité. La veine poplitée est intacte. L'artère est, à sa face postérieure, noyée dans un tissu scléreux, qui en rend la dissection difficile. On la suit cependant de bas en haut, à partir de sa bifurcation : au-dessus du condyle interne jusqu'à l'anneau, sa paroi est friable, puis largement perforée. Il est difficile de la reconnaître, et d'analyser les dégâts au milieu de la masse de caillots qui l'entourent. Le fait est qu'il existe une large perforation consécutive à une eschare.

Toute la face antérieure du fémur est décollée par un anévrysme diffus qui s'étend en haut dans la gaîne musculaire jusqu'au canal crural : on trouve des caillots anciens et des caillots récents. En aucun autre point, autour de l'articulation dans la zone injectée, on ne trouve de traces de sphacèle. La synoviale n'est pas modifiée.

Voici donc un fait dans lequel, à la suite de l'application de la méthode sclérogène, il s'est fait une eschare de la paroi de la fémorale touchée par l'injection de chlorure de zinc.

On ne peut accuser de ce fait que deux prévenus : la méthode ou le chirurgien qui l'a appliquée. Je suis le chirurgien, et je suis tout prêt à avouer mes fau-

tes ; mais en vérité où sont-elles ? Le premier chef d'accusation, et même le seul dont on pourrait être tenté de me charger, ce serait d'avoir maladroitement injecté des doses trop fortes de chlorure de zinc à un titre trop élevé à chaque piqûre. Or, j'ai fait 12 piqûres de 2 à 8 gouttes chaque, soit une moyenne de 5 gouttes ou 0 gr. 25 centigrammes par piqûre, la goutte pesant 0 gr. 05, soit en tout 60 gouttes ou 3 grammes, dose qui n'est certes pas exagérée, que j'ai plusieurs fois dépassée sans éprouver le moindre accident, et que Lannelongue atteint couramment. D'ailleurs, l'absence d'eschare, et même de toute lésion réactionnelle apparente dans le pourtour ventriculaire injecté, ne plaide-t-il pas en ma faveur pour que je bénéficie d'un acquittement sur ce chef.

Il est évident que j'ai, soit piqué l'artère, soit déposé les quelques gouttes du caustique sclérogène sur sa paroi, et que c'est là l'origine de l'accident : c'est donc le siége de la piqûre et de l'injection, bien plutôt que la dose du caustique injecté qu'il faut incriminer.

Ayant entendu Lannelongue dire qu'il avait la conviction d'avoir piqué et traversé des artères et des nerfs sans inconvénients, j'avoue que, sans rechercher l'artère fémorale, la fuyant même autant que possible, comme inutile, sinon dangereuse à avoisiner, je ne m'inquiétais guère à la pensée d'avoir pu déverser du chlorure de zinc dans sa proximité. Comment du reste au genou atteindre les fon-

gosités supérieures, sans glisser l'aiguille dans les parages de l'artère.

Mais, objectera-t-on, pourquoi alors l'accident n'est-il pas plus fréquent ? Probablement répondrai-je, parce qu'un hasard malheureux, mais heureusement exceptionnel, a voulu que j'aie piqué la paroi vasculaire elle-même, au lieu de rester dans le voisinage de sa gaîne.

CONCLUSIONS.

I. — Malgré la tolérance remarquable de l'enfant pour les médicaments, les intoxications d'origine médicamenteuse sont fréquentes chez lui.

II. — Elles sont dues presque toujours à l'emploi de doses trop élevées, souvent à la façon de prescrire ou d'associer les médicaments, parfois enfin à une susceptibilité individuelle de certains enfants, que rien à l'avance ne peut faire prévoir.

III. — Ces différentes considérations, et la dernière en particulier, doivent inviter les médecins à user d'une extrême prudence dans la pratique de la thérapeutique infantile.

Vu : le Président de la thèse

DE LAPERSONNE

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Ausset. — De l'accoutumance des jeunes enfants aux médicaments. Congrès de Lille, 1899.

Archives de médecine des enfants.

Annales de médecine et de chirurgie infantiles.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie.

Barreyre. — Accidents des injections de mercure. Thèse de Paris, 1896.

Brouardel. — L'exercice de la médecine et le charlatanisme.

Brouardel (Georges). — Arsénicisme. Thèse de Paris, 1896,

— Paralysies arsénicales. Archives de médecine expérimentale, 1896.

Bour. — Empoisonnement aigu par la cocaïne. Thèse de Paris, 1900.

Benoist. — La médication cacodylique appliquée à la thérapeutique infantile. Thèse de Paris, 1899.

Bennot. — Empoisonnement par l'acide phénique. Thèse de Paris, 1895.

Bouillier. — Intoxication par le sous-nitrate de bismuth employé à l'intérieur. Thèse de Paris, 1895.

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux.

Bulletin de la Société de chirurgie.

Bulletin médical.

Borde. — Tolérance remarquable de l'enfant en bas-âge pour les opiacés. Journal de médecine de Bordeaux, 1899.

Broca et Legendre. — Thérapeutique infantile.

Comby. — Dangers du vésicatoire chez l'enfant. Médecine moderne, 1896.

— Empoisonnements chez les enfants. Médecine moderne, 1895.

Calandard. — Troubles nerveux dus à l'usage prolongé du chloral, 1899. Thèse de Paris.

Congnot. — L'arsenic à haute doses dans la chorée. Thèse de Paris, 1895.

Clément. — Accidents dus à l'antipyrine. Thèse de Paris, 1896.

Contal. — Contribution à l'étude médico-légale de l'empoisonnement par le datura stramonium. Thèse de Paris, 1896.

Capitan. — L'abus des hautes doses de purgatifs. Médecine moderne, 1902.

Combemalé. — Contribution expérimentale à l'étude de l'intoxication aiguë par la santonine. Congrès des Sociétés savantes, 1897.

Charpentier. — Recherches expérimentales et cliniques sur le bromoforme dans le traitement de la coqueluche.

Dufour-Labastide. — Intoxication saturnine chez l'enfant. Thèse de Paris, 1902.

Duhamel. — Alcoolisme chez les enfants et les adultes. Thèse de Paris, 1898.

Gazette des maladies infantiles.

Gazette des hôpitaux.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.

Gérard. — Alcoolisme médicamenteux, 1900. Thèse de Paris.

Goriatchkine. — De l'alcoolisme chez les enfants. Société des médecins d'enfants de Moscou, 28 février 1896.

Guthrie. — Sur les accidents mortels consécutifs à l'administration du chloroforme chez les enfants. The Lancet, 1894.

Guinard. — Des intoxications par le naphtol camphré. Société de chirurgie, 11 mai 1904.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques. Eruptions médicamenteuses ou provoquées, 1902.

Journal de médecine et de thérapeutique infantiles.

Ladragne. — Alcoolisme et enfants. 1900. Thèse de Paris.

Lépine. — Sur les accidents produits par l'antipyrine. Semaine médicale. Mars 1894.

Labesse. — Dangers des préparations d'aconit. Anjou médical, 1904.

Laveran. — Des accidents auxquels peut donner naissance l'emploi des sels de quinine. Journal des praticiens, 1897.

Marie Aimée. — La gangrène phéniquée. Thèse de Paris, 1894.

Marois. — Délire salicylique dans le rhumatisme articulaire aigu. Thèse de Paris, 1899.

Médecine moderne.

Michailovitch. — Bromoforme dans la coqueluche. Thèse de Paris, 1895.

Oundjian. — Eruptions médicamenteuses, 1895. Thèse de Paris.

Presse médicale.

Quintrie. — Existe-t-il une thérapeutique propre à l'enfance ? Thèse de Bordeaux. 1899.

Radiet. — L'alcoolisme chez l'enfant. Thèse Paris, 1897. Revue des maladies de l'enfance.

Reveliotti. — Toxicité de l'acide picrique. Thèse de Paris, 1898.

Santucci. — Chloroformisation et helminthiase intestinale. Semaine médicale, 1901.

Sauvagnat. — Intoxications mortelles consécutives à des injections de sublimé. Thèse de Paris, 1900.

Simon. — Tolérance et intolérance à l'égard de la créosote. Thèse de Paris, 1898.

P. Simon. — De l'accoutumance aux médicaments. Rapport au Congrès de Lille, 1899.

Talamon. — Eruptions médicamenteuses. Médecine moderne, 1895.

Trousson. — Intoxication alcoolique chez les enfants. Thèse de Paris, 1901.

Vianay. — Quelques causes peu fréquentes d'intoxication saturnine. Thèse de Paris, 1902.

Imp. de la Faculté de médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, Paris.